



2030 年消除愛滋 第一期計畫

行政院 110 年 5 月 14 日院臺衛字第 1100012299 號函核定

衛生福利部

中華民國 110 年 5 月

目 錄

壹、計畫緣起.....	1
一、依據.....	3
二、我國愛滋防治系統優劣分析.....	3
三、我國愛滋防治之挑戰.....	8
貳、計畫目標.....	13
一、目標說明.....	13
二、績效指標、衡量標準及目標值.....	13
參、前期計畫（愛滋防治第六期五年計畫）防治政策及方案檢討.....	15
肆、執行策略及方法.....	28
一、主要工作項目.....	28
二、分期（年）執行策略.....	28
三、執行步驟方法及分工.....	30
伍、期程與資源需求.....	57
一、計畫期程.....	57
二、經費來源及計算基準.....	57
三、經費需求（含分年經費）及中程歲出概算配合情形.....	59
陸、預期效果及影響.....	60
柒、財務計畫.....	62
各項工作內容經費分配權重表（單位：千元）.....	63
捌、附則.....	66
一、風險管理.....	66
二、相關機關配合事項.....	73
三、替選方案之分析及評估.....	81
四、中長程計畫自評檢核表及性別影響評估檢核表.....	81

壹、計畫緣起

環境永續發展及經濟穩健成長是我國國家發展的重點目標，而健康的人力資源則是達成目標不可或缺的關鍵。愛滋病一直是國際關注的傳染病防治焦點之一，因為其主要影響具有生產力的年輕族群，感染後目前尚無法治癒，故其不但危害民眾之生命健康，更耗損社會生產力，甚至影響國家競爭力，感染愛滋病毒或因此而致發病及死亡，不僅對民眾健康帶來負面影響，更將造成巨額的醫療負擔及健保資源的耗費，對國家發展力有深遠的衝擊，故其被列入聯合國千禧年（2000年）8大發展目標之一、聯合國永續發展目標（2015年）17個目標之一、亦曾被世界經濟論壇（World Economic Forum；WEF）納入全球競爭力評比項目。

為減少愛滋疫情之傳播，聯合國愛滋規劃署（UNAIDS）於2014年提出「Fast Track: Ending the AIDS epidemic by 2030」報告，以於2030年前終結愛滋疫情為努力目標，進而預防2,800萬人感染愛滋及2,100萬人因感染愛滋而死亡。這份報告同時設定了2階段的里程碑，第一階段為於2020年前達成90-90-90目標，包括提高感染者知道自己感染狀態之比率達90%、感染者有服藥比率達90%及服藥之感染者病毒量檢測不到之比率90%，減少新增感染愛滋人數至50萬人及達成零歧視目標；第二階段為於2030年前將上述3個目標提升至95%，減少新增感染愛滋人數至20萬人及維持零歧視目標。

我國自1984年發現第1例愛滋感染者以來，截至2019年底，本國籍通報數計39,667人；2019年新增通報人數計1,755人，主要傳染途徑仍以不安全性行為最多，主要為男男間不安全性行為、其次為異性間不安全性行為，總計不安全性行為感染比率超過9成，分析問題包括社會氛圍仍存在對於性傳染病之不友善或歧視，進而使有風險行為的民眾怯於接受篩檢或接受預防性投藥資源等，同時藥物濫用造成不安全性行為感染人數增加

等。因此，本期愛滋防治工作除了持續精進既有之預防、篩檢、個案管理及照護治療等基礎策略外，期以透過本期計畫爭取足夠資源，以強化暴露愛滋病毒前預防性投藥及篩檢主動發現策略，透過更強而有力的預防與及早介入措施，降低病毒傳播風險，朝向 2030 年消除愛滋之目標前進。

一、依據

- (一) 傳染病防治法。
- (二) 人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例(以下簡稱愛滋條例)。
- (三) 2025 衛生福利政策白皮書之第四節「達成結核再減半挑戰愛滋零成長」。

二、我國愛滋防治系統優劣分析

(一) 我國愛滋防治體系健全，公衛、醫事機構與民間團體相輔相成

我國愛滋防治體系由愛滋病防治及感染者權益保障會、衛生行政單位、愛滋病指定醫事機構及民間團體共同組成，分述如下：

1. 愛滋病防治及感染者權益保障會

為有效推動愛滋防治工作，於 2001 年成立「行政院愛滋病防治推動委員會」，並於 2007 年 11 月更名為「行政院衛生署愛滋病防治及感染者權益保障會」(以下簡稱保障會)，後因應政府組織改造，於 2013 年 7 月 23 日衛生署更名為衛生福利部，依照「衛生福利部愛滋病防治及感染者權益保障會設置要點」(以下簡稱設置要點)規定，由本部部長擔任召集人，邀集感染者權益促進團體學者、民間團體、學者專家及 12 個目的事業主管機關代表(包括：內政部、外交部、國防部、教育部、經濟部、法務部、交通部、勞動部、行政院大陸委員會、行政院農業委員會、原住民族委員會及本部)，每 6 個月召開一次會議，並依設置要點規定，有關愛滋各項議題，落實先依議題特性分別於政策、衛生教育、權益保障及臨床檢驗等 4 個工作小組進行討論，有初步決議後再於保障會中進行確認，不僅利於委員可針對各議題提出具體指導及

建議方向，亦可更有效結合各部會之資源及力量，以確實達到保障會推動之效益。討論內容包括感染者隱私權、工作權、就醫權等各項權益保障、愛滋防治、醫療照護、檢驗技術、衛生教育宣導等議題。

2. 衛生行政單位

我國愛滋防治業務之中央主管機關為衛生福利部，由本部疾病管制署負責推動愛滋防治各項業務。各縣（市）之主管機關為各縣（市）政府，由各縣（市）政府衛生局為權責單位。地方衛生單位亦因地制宜，結合轄內資源推動愛滋防治工作。

3. 指定醫事機構

依據愛滋條例第 16 條第 1 項規定：「感染者應至中央主管機關指定之醫事機構接受人類免疫缺乏病毒感染治療及定期檢查、檢驗。」，並訂定「人類免疫缺乏病毒指定醫事機構指定及作業規範」，據以規範醫事機構之相關資格，及每年應接受之教育訓練時數，以提供愛滋感染者檢驗、預防及治療服務。

為增加愛滋感染者之醫療可近性，指定醫院家數自 2016 年 62 家增加至 2019 年 79 家，指定藥局由 1 家增加至 47 家，並新增 1 家指定診所，提供感染者免費醫療與完整照護，同時加強伴侶服務，以期早期發現早期治療。2017 年 2 月 4 日起感染者服藥 2 年後醫療費用回歸健保給付，另為兼顧感染者醫療品質及擷節醫療費用，修正「抗人類免疫缺乏病毒藥品處方使用規範」，調降處方前專業審查界限為 13,200 元/月，並自 2019 年 10 月 1 日生效。為了增加非都會區指定醫事機構之合作家數，鼓勵各縣（市）政府依實際需求增設指定醫事機構，由地方主管機關經評估有指定之必要者，依權責輔導當地醫療院所完備醫療人員、設備及相

關服務措施等，函送本部逕行指定，以增進醫療可近性，提高感染者就醫意願。

4. 民間團體

服務愛滋感染者或進行重點族群愛滋防治工作，若僅仰賴政府單位或醫療機構將難以達成，且可能因為服務時間固定、服務人員的文化敏感度受限，常常未能達成預期成果。因此，需要國內愛滋相關民間團體長期介入提供協助，國內共計約有 19 家愛滋民間團體，服務範圍包括愛滋與性傳染病預防宣導、篩檢諮詢服務、個案輔導、權益保障、處遇服務等。其中，中華民國愛滋感染者權益促進會、台灣關愛之家協會、台北市愛慈基金會、台灣露德協會、台灣紅絲帶基金會等團體，組成修法聯盟促成 2015 年愛滋條例修正案，於此之後，我國亦於 2018 年修正條文，於民間團體提出的需求與支持下，領先東亞，在兼顧公平、倫理以及人權原則之下，比照 C 型肝炎感染者可互相捐贈的模式，開放愛滋器官互捐，為我國愛滋防治寫下重要里程碑。

(二) 法規體系完整，為愛滋防疫後盾

我國愛滋防治主要依據為傳染病防治法及愛滋條例，後者自 1990 年公布施行迄今，經歷 9 度修正，最近 1 次修正公布為 2018 年 6 月 13 日，接軌國際人權趨勢及保障感染者隱私告知義務，修正重點包括：

1. 鬆綁愛滋感染者互捐器官之規定：鑑於醫療科技進步，感染者之生存年限大幅延長，與一般民眾一樣都可能發生需接受器官移植的時機，為顧及愛滋感染者接受器官移植之需要，在不增加國內感染者人數且間接減少一般等待器官移植需求者等候時間，同時兼顧公平、倫理及人權之原則下，病毒控制穩定之愛滋感染者得以書面

同意接受使用人類免疫缺乏病毒陽性之器官，並配合免除該陽性器官捐贈者相關罰責。

2. 規範愛滋感染者告知義務及隱私保障：現行條例規範愛滋感染者於就醫時，有告知醫事人員其感染人類免疫缺乏病毒的義務，然在感染者因傷勢處於昏迷、意識不清或身處隱私未受保障之環境下，仍強制要求其履行告知義務恐有違現行條例保障感染者權益之立法初衷。因此，修法除增訂告知義務之但書外，立法說明欄亦加註文字為「隱私未受保障之環境如感染者處於開放空間，有非醫事人員在場且得以聽聞知悉之環境」，以兼顧醫病雙方權益及感染者隱私。

(三) 新藥及新檢驗技術的精進與發展，增加防疫策略之多元性

醫療科技日新月異，新式工具的精進與發展，增加防疫策略之多元性，我國積極接軌國際導入新工具包括藥品、檢驗技術等，以提升愛滋防治成效：

1. 因應國際愛滋治療指引推薦三合一或二合一藥品，取得健保支付申請後，不定期修正公告「抗人類免疫缺乏病毒藥品處方使用規範」。
2. 愛滋疫苗研發需時及成本，進展不易，主流為使用抗體中和愛滋病毒，但因愛滋病毒繁殖及變異過快而效果不彰，經國際間測試之 100 多支疫苗中，目前順利進入第三期臨床試驗之疫苗僅有 HVTN702 試驗及 HPX3002/HVTN 706 試驗，然前者於 2020 年 2 月初步分析結果顯示，僅能減少 31% 的感染風險，且對於人體內之愛滋病毒量沒有顯著影響，而提前宣布結束試驗；後者之臨床試驗尚在進行中，預估 2023 年 6 月方有結果，故疫苗之發展前景尚不明朗，但如有新式疫苗或長效藥劑上市，亦將積極接軌國際評估

導入我國政策之可行性。

3. 響應國際推廣定點照護診斷（Point of care）模式，使用新式快速檢驗法，搭配後端轉介流程，致力於同一次就診檢驗即能讓民眾知道愛滋檢驗結果，以減少民眾於愛滋初篩陽性後等待確認檢驗結果之時間、及所花費交通往返的時程等，進而加速確診陽性個案儘快轉介醫療照護體系的時效，故參考美國疾病管制中心及世界衛生組織指引，修改國內愛滋檢驗流程，並率先於 2019 年起將匿名篩檢計畫轉型，辦理「一站式愛滋匿名快速篩檢計畫」及「愛滋匿名篩檢服務拓點計畫」，導入新式檢驗試劑，包括：愛滋抗原/抗體複合型快速篩檢試劑，而前項一站式計畫亦於 2019 年導入抗體免疫層析快速確認檢驗法、於 2020 年導入快速病毒量檢驗法，加速確診時效、縮短檢驗空窗期，及早發現潛在感染個案並儘速轉介連結醫療照護體系，及早治療，減少疫情傳播風險。

（四）防疫人員流動頻繁，防治經驗無法有效傳承

我國愛滋防治及個案管理體系仰賴公衛端及醫療端互助合作，衛生局（所）第一線人員業務繁重，且人力資源分布不均，直轄市或六都人力資源雖較充足，但服務範圍及個案亦多；至於規模較小之縣市或偏鄉，衛生局（所）承辦人往往僅有 1 人，須同時處理不同疾病或其他公衛相關之業務而致分身乏術。復以，愛滋或性傳染病因感染途徑、危險因子可能涉及社會及個人的價值觀，且有其特殊社會脈絡及文化特性，極需具性別與文化敏感度之防疫人員，業務屬性亦影響人員辦理意願，間接造成人才流失，致使整體防治經驗不足或人員經驗斷層之情形層出不窮。然而，愛滋防治策略之行政作業繁雜，使得個案管理之落實、效能與品質良莠不齊，將可能影響整體防治政策之推行。各縣（市）衛生局（所）人員業務繁重，加上近年新興傳染病頻

傳，衛生局（所）防疫人員疲於奔命，長期壓力不僅造成人員流動率高，人力明顯不足，也使得人員素質參差不齊。而部分縣市之防疫經費亦不足，使得防疫工作受限，相關經費仍需由本部疾病管制署持續補助，才能推動順遂。

三、我國愛滋防治之挑戰

（一）感染愛滋主要人口為年輕族群，影響國家競爭力

我國自 1984 年通報第 1 例愛滋病毒感染個案至 2019 年底為止，累積通報本國籍感染者計 39,667 例（男性占 95%、女性占 5%），其中發病者計 18,856 例、死亡計 6,906 例，按年齡層分布可以發現 15-34 歲之年輕族群占近 7 成之通報個案數，考量現今平均餘命達 80.69 歲（男性 77.55 歲，女性 84.05 歲），距離其感染年齡尚有 45 至 65 年，如未能好好治療與控制體內之愛滋病毒，除造成愛滋疫情持續傳播，其後續發病、共病等所需的治療費用等皆會造成國家財政額外負擔，影響國家競爭力甚鉅，保守估計如能防治 1 人感染愛滋，目前感染者平均診斷年齡為 32 歲，且有 3 成會在 1 年內發病成愛滋病，其發病後每年生產力減少至少 30 萬，以個人就業至 65 歲退休估算，其每人生產力損失 297 萬〔 $0.3 \times (65-32) \text{ 歲} \times 30 \text{ 萬}$ 〕；計算以國人平均餘命為 80 歲，目前平均發病年齡為 35 歲，以每年醫療費用 20 萬估算，醫療費用將支出 900 萬〔 $(80-35) \text{ 年} \times 20 \text{ 萬}$ 〕，故感染後直接或間接損失至少為 1,197 萬（297 萬元+900 萬元），不可不慎。

（二）社會大眾對愛滋感染認知仍不足，疾病污名化及歧視之問題仍存在

依據台灣愛滋病學會及台灣愛滋病護理學會於 2020 年「愛滋認知網路調查」結果顯示，有多達 5 成民眾對於愛滋仍存有負面印象，有 4 成民眾對感染者有錯誤的認知或負面想法，顯見社會大眾對於愛滋的歧視與污名仍然存在。UNAIDS 指出，外界對於愛滋感染者的歧

視與疾病的污名，仍是目前愛滋防治工作中最關鍵的阻礙，可能導致愛滋感染者不願意出來接受篩檢或接受治療，進而影響防疫成效。此外，民眾對於愛滋感染認知仍不足，且風險知覺偏低，進而導致民眾沒有動機或沒有意識到自己有愛滋篩檢之需要，進而延遲就醫，影響健康狀況。

(三) 感染愛滋危險因子仍以不安全性行為比例最高

我國近年新確診通報之愛滋感染者，其感染危險因子主要為不安全性行為（占 9 成），包括男男間不安全性行為及異性間不安全性行為，其中又以男男間不安全性行為者為大宗（占 8 成），多透過未戴保險套的肛門性交而傳染。經疫情調查發現，時下年輕人透過手機交友軟體、社交平台等，因手機軟體或平台擁有隱密性、方便性及快速連結社群的特質，讓年輕人交友、約會發生性行為之機會迅速增加，且其常同時伴隨著成癮性藥物之使用，包括安非他命、搖頭丸等，降低自我控制能力，進而提高不安全性行為之風險，儼然已發展成「藥愛」(Chemsex) 文化，透過藥物助興，大幅增加愛滋及性傳染病感染風險。

(四) 弱勢青少年愛滋感染問題

分析近 10 年（2010-2020 年）之 24 歲以下本國籍新通報女性感染者（共 49 人），其感染危險因子以異性間不安全性行為為主（占 90%），其中 50%於通報時已發病，推測可能於未成年時即感染，從其疫調資料發現，部分弱勢青少年感染原因為遭受性侵害或以性來換取金錢。

(五) 新增感染數雖下降，但延遲診斷比例仍高

我國新通報愛滋感染人數雖自 2018 年起開始下降，但排除急性初期感染者人數後，延遲診斷（診斷為愛滋感染後，90 日內即確診通報發病為愛滋病）比例仍超過 3 成。將 2019 年通報個案進一步以年齡層進行分析，以 25-34 歲延遲診斷比例高於平均（44%），可見年輕族群延遲診斷問題嚴重，愛滋病毒感染者之早期診斷，不論是公共衛生面向或是臨床面向上皆具有重要的意義：臨床方面，早期診斷可及時投予抗病毒藥物與伺機性感染預防用藥，大幅減少愛滋感染者之罹病率與死亡率，亦能減少發病後治療之額外財政負擔；公共衛生方面，透過治療降低感染者體內的病毒量，減少感染者將愛滋病毒傳染給他人的機會；更能透過衛教諮商，主動協助轉介相關預防服務，包含：伴侶服務、暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）計畫、或轉介藥癮戒治與減害計畫等，減少愛滋病毒傳播。

（六）仍有 12%愛滋感染者尚不知道自身愛滋感染狀態

我國與美國疾病預防控制中心專家合作，以數理模型就我國已感染愛滋但尚未經診斷者人數與比例進行推估，我國 2019 年尚有 12%、4,334 位愛滋感染者未經診斷，其中男性 4,178 人、女性 156 人；如依據危險因子分類，男男間不安全性行為者估計有 3,642 人尚未被診斷，未診斷率為 14%，異性間不安全性行為者估計有 680 人尚未被診斷，未診斷率為 13%，注射藥癮者估計有 12 人尚未被診斷，未診斷率為 0.3%；如依據年齡層分類，15-24 歲未診斷人數為 539 人，未診斷率為 26%，25-34 歲未診斷人數為 2,041 人，未診斷率為 16%，35-44 歲、45-54 歲及 55 歲以上未診斷人數分別為 1,114 人、437 人及 203 人，未診斷率分別為 9%、6%及 6%。根據研究指出，當確診為愛滋感染者後，會減少 68%不安全性行為之發生，且透過規律之治療，可有效降低感染者體內之愛滋病毒量，亦會減少將愛滋病毒傳染給其他人之機會。因此，在公共衛生層面上，提高愛滋篩檢率，及早找出潛在

感染者，可有效降低愛滋病毒傳播之機會。而潛藏的愛滋感染黑數，因其不知道自身感染的病情狀況下，透過不安全性行為將大幅增加感染他人之機會。

(七) 在知道自身愛滋感染狀態後，仍有近 8% 的感染者未就醫服藥

以治療作為預防 (Treatment as Prevention) 向來被廣泛認同是愛滋防治手段中重要的一環，若使用抗愛滋病毒藥物治療，便能有效遏阻愛滋病毒傳播。然而，在確診愛滋感染狀態後，我國 2019 年仍有近 8% 的愛滋感染者並未就醫服藥。以年齡層分析，以 15-24 歲年齡層的愛滋感染者未就醫服藥比例最高，每 10 位就有 1 位未就醫服藥；其次為年齡層 25-34 歲與 35-44 歲者，皆為 8%。雖然就醫但尚未服藥者，在所有年齡層中，以 10-19 歲之愛滋感染者的未服藥比例最高，占該年齡層 16%；20-29 歲者次之，占 10%，顯見年輕族群在知道自己感染愛滋病毒後，不僅就醫狀況不佳，後續亦不遵循醫囑服藥。

(八) 在已服藥的感染者中，仍有 5% 未穩定服藥至病毒量測不到狀態

影響愛滋感染者就醫或服藥係多層面的因素，如個性、心理精神問題、就醫可近性及環境友善等因素。2019 年我國有 95% 的愛滋感染者在接受藥物治療後，血液中已測不到愛滋病毒量，健康狀態與常人無異，且沒有傳染的風險。然而在我國已服藥的愛滋感染者中，仍有 5% 的感染者未穩定服藥到達病毒量測不到之狀態。在 5% 未達病毒量測不到狀態的個案中，除未定期檢測病毒量者(1%)，另有 571 位(2%) 之就醫紀錄顯示個案規則就醫但依然測的到病毒量、有 597 位(2%) 則稱自己未規則服藥。

若進一步以危險因子分析，未達病毒量測不到者中以「男男間不安全性行為者」人數最多 (1,171 人)，但「注射藥癮者」未達到病毒量測不到的比例為最高 (7%)，已服藥的注射藥癮者可能因使用毒品

精神狀態不佳或經濟狀況等原因並未規律服藥，而無法達到病毒量測不到之狀態。若愛滋感染者無法做好自我健康管理，未規則服藥產生抗藥性，加以愛滋病毒變異快速，愛滋病毒仍將持續蔓延。此外，若以性別分析，男性遵醫囑服藥的比例（91%）比女性（87%）高；因此，服藥後達病毒量測不到的狀態，男性（95%）亦比女性佳（93%）。

貳、計畫目標

一、目標說明

為呼應聯合國永續發展目標 (SDGs) 希冀於「2030 年消除愛滋」，並響應 UNAIDS 所提出「愛滋三零」(零感染、零死亡、零歧視) 目標，及訂定全球新增感染數目標值在 2030 年下降至 20 萬人、愛滋治療及防治目標 95-95-95，降低我國愛滋發生數及發生率，提供國人安全無虞之生活環境，並提升國際愛滋發生率排名，提高國家發展競爭力。

二、績效指標、衡量標準及目標值

為使本計畫指標更具評估意義，並順應國際及配合我國愛滋感染流行病學趨勢，預期績效指標經專家評估建議規劃如下：

(一) 主要目標

2026 年達成降低愛滋新通報感染人數至 1,200 人/年。

參考 UNAIDS 所訂，2030 年全球新增感染數目標值少於 20 萬人 (約 5 人/10 萬人口)，同時參考英、美等國家近年疫情趨勢及降幅，並考量我國相關資源投入、基礎建設須時等因素，故設定本計畫目標值為：於 2026 年將愛滋新通報感染人數下降至 1,200 人，以期於 2030 年達成下降至 1,000 人之目標。

(二) 績效指標

1. 預防：訂定 2026 年目標為逐步涵蓋至 9,000 人服用暴露愛滋病毒前預防性投藥 (PrEP)。本項指標如本計畫核定之預算額度不足，則將依核定之預算額度據以調整 PrEP 達成目標人數。
2. 提升篩檢至確診時效：愛滋病指定醫院初篩陽性 5 日內確診率達 80%。

3. 整體績效指標：逐步提升愛滋治療指標達成值，包含「已感染者知道自己感染狀態之比率」、「感染者有服藥比率」、及「服藥之感染者病毒量檢測不到之比率」3項乘積值，並訂定2026年目標達成「已感染者達病毒量測不到的比率為86%」（3個95%乘積值）。

表一、主要目標與績效指標

項目	衡量標準	年度目標值				
		2022	2023	2024	2025	2026
總目標						
降低愛滋新通報感染人數	愛滋新通報感染人數/年 2019年：1,755人	1,500	1,425	1,350	1,275	1,200
績效指標						
1. 預防						
每年服用暴露愛滋病毒前預防性投藥 (PrEP) 之人數*註1	服用暴露愛滋病毒前預防性投藥 (PrEP) 之人數 2019年：2,998人	4,000	5,000	6,000	7,500	9,000
2. 篩檢至確診時效						
愛滋病指定醫院初篩陽性5日內確診率	愛滋病指定醫院初篩陽性個案5日內確診比率 2019年：35%	60%	65%	70%	75%	80%
3. 整體績效指標						
已感染者達病毒量測不到的比率*註2	已感染者達病毒量測不到的比率 2019年：77%	78%	80%	82%	84%	86%

註1：本項指標如本計畫核定之預算額度不足，則將依核定之預算額度據以調整 PrEP 達成目標人數。

註2：已感染者達病毒量測不到的比率：為「已感染者知道自己感染狀態之比率」x「感染者有服藥比率」x「服藥之感染者病毒量檢測不到之比率」（3項指標乘積值）。

參、前期計畫（愛滋防治第六期五年計畫）防治政策及方案檢討

一、愛滋防治體系

（一）落實及整合防治單位角色與權責

愛滋防治需結合各界之力量，透過「愛滋病防治及感染者權益保障會」，邀集各部會、專家學者、民間團體等代表與會，形成跨部會及跨組織溝通網絡，落實及整合各防治單位角色與分工；另透過定期或不定期召開政策會議，邀請縣市政府衛生局、愛滋病指定醫事機構、相關醫療院所、民間團體等相關單位與會討論，共同合作研商年度辦理計畫之內容、配合辦理計畫及按照執行情形滾動式修正計畫之內容，針對各縣市執行各項重要防治策略之目標與落實度進行討論，並將成功策略及經驗相互分享，藉以為愛滋防疫工作奠定基石，提升執行效能。另經由委辦或補助計畫，或制定考評指標與獎勵措施，鼓勵地方政府依循中央研訂之愛滋防治政策並結合地方資源因地制宜，提升衛教預防、篩檢諮詢、個案管理等績效，方能有效達到控制愛滋疫情之目標。

（二）推動愛滋防治人才培育

結合醫療、護理、防疫及學會等民間組織或團體，辦理愛滋與性傳染病防治教育訓練、愛滋篩檢與衛教諮詢教育訓練、愛滋個案管理師教育訓練及校園愛滋防治教育訓練等研習課程，藉以提升第一線醫療衛生及相關服務人員之性別與文化敏感度、愛滋與性傳染病衛教諮詢、檢驗及診治能力、確保公共衛生防疫人員及醫院個案管理師對於愛滋感染者管理之品質，並提升校園防疫人員對於愛滋與性傳染病防治之專業知能，配合政府相關政策，提供民眾周全及持續的預防及照護服務。

(三) 修訂法規落實人權保障

我國法規體系健全，法律層級為傳染病防治法及愛滋條例，依據後者訂有「人類免疫缺乏病毒感染者權益保障辦法」、「人類免疫缺乏病毒及其他性病防治講習辦法」、「針具服務及替代治療實施辦法」、「醫事人員發現人類免疫缺乏病毒感染者通報辦法」、「人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法」、「執行人類免疫缺乏病毒傳染防治工作致感染者補償辦法」、「危險性行為之範圍標準」及「有接受人類免疫缺乏病毒檢查必要者之範圍」等法規命令，規範愛滋防治政策相關事項及作為政策有力的後盾。

我國為了接軌國際人權趨勢及保障感染者隱私告知義務，於 2018 年 6 月修正鬆綁愛滋感染者互捐器官之規定及規範愛滋感染者告知義務及隱私保障，以兼顧醫病雙方權益及感染者隱私。自修法後迄今，雖尚未有愛滋感染者互捐器官成功之案例，截至 2020 年 3 月，有 7 位愛滋感染者列入器官捐（受）贈名單，其中 2 位已獲得非感染者之捐贈，另 5 位愛滋感染者仍等候器官捐贈中。

二、預防性計畫

考量各種有效工具之運用，我國預防愛滋計畫除了積極提升全民預防知能及加強衛教宣導外，另執行性教育及保險套使用及推廣、暴露愛滋病毒前或後預防性投藥、藥癮愛滋預防計畫及母子垂直感染計畫等，以預防愛滋感染，分述如下：

(一) 性教育及保險套使用及推廣

為預防愛滋及性傳染病經由不安全性行為傳染，需透過性教育來宣導正確性觀念、尊重自己與他人身體及自主權、建立防治愛滋及性傳染病的正確態度、以及預防青少年有早發性行為等。持續透過多元

化管道宣導「愛滋防治 ABCD 原則」，包含：A (Abstain) 拒絕性誘惑、B (Be Faithful) 忠實性伴侶、C (Condom) 性行為戴上保險套、D (Detecting & Drug) 定期篩檢與預防性投藥。另透過教育部之校園性教育(含愛滋防治)計畫，深入校園辦理愛滋防治工作，培養年輕學子性健康及自我防護的意識，並因應十二年國教課綱，請專家學者編撰各級學校愛滋防治教材及辦理教育師資專業成長研習，提升校園健康教育專業知能及各級學校對愛滋防治之重視，讓愛滋防治向下扎根。

此外，補助民間團體辦理校園衛教宣導等活動，並持續於大專院校內增設保險套自動服務機，提高年輕族群健康知能及取得保險套之可近性。截至 2020 年全國大專校院共裝設保險套服務機達 172 台，亦透過分眾宣導、結合教育部、地方政府衛生局及民間團體，使人人將採取較安全性行為 (safer sex behavior) 當作一種健康的生活習慣，預防感染愛滋及其他性傳染病。

(二) 暴露愛滋病毒前預防性投藥 (Pre-exposure prophylaxis, PrEP)

世界衛生組織於 2015 年起將「暴露愛滋病毒前預防性投藥」(PrEP) 納入指引，並強烈建議各國導入政策推行以降低愛滋新感染發生數，同年經保障會決議，將 PrEP 政策納入我國愛滋防治政策之一環，並於 2016 年推行前驅性計畫，由 5 家醫院 PrEP 團隊(臺北榮民總醫院、衛生福利部桃園醫院、國立成功大學醫學院附設醫院、高雄榮民總醫院及高雄醫學大學附設中和紀念醫院)共同推動，補助參加者定期追蹤之檢驗項目(如愛滋病毒、梅毒、肝、腎功能及女性驗孕等)與診察費用，以及每人每年最多 105 天的藥費，計畫計有 322 人加入，其中有 302 人已服藥，其中 1 人因中斷服藥致感染愛滋病毒，服藥率達 94%。目前我國 PrEP 藥物僅有 TDF/FTC (Truvada®) 可

提供民眾使用，其價格約為每錠 350 元，若須持續每日服用一錠，每人每年至少需花費 12 萬 6 千元；加上 Truvada®於臺灣專利權失效日為 2031 年 11 月 17 日，故國內目前尚無學名藥可供替代選擇。即使藥價高昂，經藥廠捐贈藥品及積極爭取預算，我國於 2018 年 9 月起與 18 縣市及 38 家醫事機構合作提供 PrEP 服務，優先針對高風險族群（30 歲含以下之年輕族群及感染者配偶/性伴侶）提供衛教、諮詢、篩檢、適用性評估等整合性服務。計畫調查亦發現 12%的民眾近 1 年有使用成癮藥物的狀況，使用成癮藥物會降低自我控制力，導致不安全性行為，進而增加性傳染疾病的風險，故透過本計畫轉銜身心科、諮商等服務，協助其回歸正常生活，同時加強衛教感染者之安全性行為與按照指示服藥，改變其從事不安全性行為風險。2018 年 9 月至 2019 年期間共計提供 1,620 人 PrEP 服務（年輕族群 1,186 人，感染者配偶/伴侶 434 人），期間於適用性評估階段篩檢發現 6 位愛滋感染者，陽性率 0.4%，可見本方案的確能觸及高風險行為族群，進而加以預防其感染愛滋。2020 年持續辦理該計畫，並擴大服務至 19 個縣市及 42 家醫院，未來將繼續朝向擴展 PrEP 服藥人數、拓展服務醫院家數及量能以增加民眾可近性等目標辦理。

(三) 暴露愛滋病毒後預防性投藥 (Post-Exposure Prophylaxis, PEP)

自 2008 年至 2019 年底為止，累計申請「因執行業務意外暴露愛滋病毒預防性投藥 (Occupational Post-Exposure Prophylaxis, oPEP)」人數共計 536 人，無人因職業暴露愛滋病毒後感染愛滋，其中以 2017 年申請人數最多（89 人），之後呈現下降趨勢。2019 年度申請人數共計 73 人，總申請核付補助費用計約 135 萬元。以申請者之職業類別區分，歷年亦以醫事相關人員占最多（416 人，78%），員警次之（75 人，14%）。若以執業場所之分布區分，歷年來皆以「醫院」為主要暴露場所。

爰此，本部為提升基層醫事人員愛滋防治知能與加強自我保護能力，業於 2019 年函請各縣市衛生局制定轄內醫事人員 oPEP 處理流程，並結合轄內相關醫師人員公會辦理教育訓練。

預防性投藥後的追蹤與輔導，是成功預防愛滋病毒感染的重點項目，未來將持續追蹤與輔導個案服藥狀況、調查個案服藥順從性、提供風險行為之衛教與諮詢，進而轉介個案提供長期預防性投藥服務，以期有效發揮預防性投藥之效能。

(四) 藥癮愛滋減害計畫

為預防注射藥癮者因共用針具或稀釋液而感染愛滋病毒或其他血液傳染疾病，自 2005 年起實施藥癮愛滋減害計畫，計畫包括衛教及篩檢諮詢服務、清潔針具計畫及辦理替代治療，以降低因注射藥癮而感染愛滋的人數。

清潔針具計畫主要提供成癮藥物使用者清潔針具與稀釋液，以及回收使用過的注射針具服務，同時給予衛教諮詢與轉介治療資訊。截至 2019 年底，全國共設置計 805 處衛教諮詢服務站、403 台針具自動服務機，提供免費清潔針具、稀釋液，並回收廢棄之針具，針具回收率達 93%。另為減緩藥癮者注射毒品對身心的傷害，降低因共用針具注射毒品而傳染愛滋病毒的機率，亦轉介民眾至衛生福利部心理及口腔健康司推動之替代治療服務，現今因注射藥癮感染愛滋之人數占全體愛滋新通報感染人數之比例，已從 2005 年之 72% 降至 2019 年 1.3%，成效顯著。

(五) 母子垂直感染預防計畫

我國自 2005 年開始推展愛滋母子垂直感染防治策略，以篩檢、醫療及照護等三方面，建構母子垂直感染防疫網，以杜絕愛滋母子垂

直感染。自相關防治政策推動以來，每年約提供 20 萬名孕婦免費愛滋篩檢服務，接受篩檢比例達 99%以上，母子垂直感染防治成效良好，近 4 年僅 2017 年及 2019 年各有 1 例母子垂直感染個案，符合世界衛生組織對於消除愛滋母子垂直感染之結果指標，包括每十萬名活產新生兒小於 50 位感染個案（我國為 0.5 位）、母乳哺餵族群中母子垂直感染率低於 5%或非母乳哺餵族群中母子垂直感染率低於 2%（我國為 0.0005%）。

2008 年起針對疑似感染新生兒於出生後一定時程內提供預防性抗病毒藥物治療及母乳替代品以減少感染風險，且由各縣市衛生局定期追蹤採檢及監控服藥，以確保感染愛滋病毒孕婦所生之嬰幼兒免於母子垂直感染，獲得適當之醫療照護。另近年有部分醫療院所於執行孕婦愛滋病毒初步篩檢陽性發現疑似個案時，未繼續執行後續確認檢驗或協助孕婦轉診至愛滋指定醫院，致孕產婦未及早獲得醫療照護，且使寶寶暴露於感染愛滋病毒之風險。故為預防母子垂直感染發生，依保障會決議，修改人類免疫缺乏病毒感染之通報定義，將愛滋初篩陽性孕婦列入疑似法定傳染病通報及追蹤管理對象，以及早介入防治。

三、篩檢諮詢服務

（一）醫療端篩檢服務

我國參考世界衛生組織愛滋篩檢服務綜合指引、美國及歐盟疾病管制中心篩檢指引之建議，針對孕婦、役男、性病患者、注射藥癮者等，以醫療機構為提供愛滋篩檢服務之主體，除了委託醫學會辦理相關教育訓練，讓醫藥衛生第一線人員了解愛滋與性傳染病，進而能提供民眾友善篩檢諮詢服務外，亦針對篩檢陰性之民眾，持續進行衛教、保險套使用或轉介 PrEP 服務；另針對確診之感染者，儘速連結至醫療照護及個案關懷服務，俾利及早治療以減少社區傳播風險。

另為考量風險行為族群可能因為不願曝光自己的隱私，我國自 1997 年起推動「免費匿名檢驗計畫」，並委託醫院、民間團體及衛生局（所）推廣匿名愛滋篩檢服務，透過風險評估、衛教諮詢與篩檢，讓民眾了解自身感染愛滋之風險及願意接受愛滋篩檢服務。為響應國際推廣定點照護診斷（Point of care）模式，自 2019 年起將匿名篩檢計畫轉型為「一站式愛滋匿名快速篩檢計畫」及「愛滋匿名篩檢服務拓點計畫」，導入新式快速檢驗工具，縮短檢驗空窗期，加速確診時效，儘速將感染者轉介連結至醫療照護體系，及早治療，以減少病毒傳播之風險。2019 年計 59 家醫院參與計畫，共提供 37,427 人次篩檢服務，初篩陽性率為 1.4%。

（二） 自我篩檢服務

匿名檢驗或醫療端篩檢固然有一定成效，然而對部分風險行為群體而言，前往篩檢機構仍然有一些阻礙，例如：不方便（時間、地點、交通方式、部分採預約制、有名額限制）、擔心隱私洩漏及社會歧視等。相較之下，自我篩檢試劑為一種較具隱私且便利的選擇。為了擴大防疫觸角讓更多不願意至機構接受篩檢之民眾，可在家或隱密性高的處所進行自我篩檢，於 2016 年與 2017 年辦理「在家愛滋篩檢計畫」，以人工發放點、自動服務機及網路訂購便利超商取貨付款等服務，提供超過 2 萬人次篩檢服務，民眾至計畫專屬網頁登錄篩檢結果之陽性率為 1%，且後續有 167 位通報個案表示是因為唾液篩檢陽性而就醫，該個案 3 個月內延遲診斷比例 18%，低於其他通報個案，執行成效佳。

2018 年與 2019 年度持續辦理自我篩檢計畫，透過自動服務機、同志健康社區服務中心、愛滋相關民間團體或指定衛生局提供試劑、與便利超商合作，採網路預訂貨到付款方式，提供全國民眾服務，將防疫觸角延伸至更隱密的族群。經實行推動以來，提供超過 5 萬人次

自我篩檢服務，推估透過本計畫至少發現 215 名新通報感染個案。本計畫並於 2019 年入圍第二屆政府服務獎專案規劃類，為衛生福利部唯一入圍之計畫。

(三) 結合民間團體提供便利愛滋篩檢服務

1. 行動車篩檢服務：2018 年及 2019 年參考香港民間團體於香港醫療資源缺乏地區推行「流動車測試服務」經驗，其於 2015 年起試辦流動測試車方案，初篩陽性率約 2% 且使用者有較高比例為初次篩檢者。主要以行動車作為載具，運用社交通訊軟體，預約民眾方便地點，至偏鄉等資源不足地區提供篩檢服務。我國委託民間團體於宜蘭縣、花蓮縣及臺東縣等偏鄉試辦，成效良好，後擴大至新北市部分地區、南投縣等匿名篩檢資源較不足之地區，2 年總計篩檢人次超過 1,000 人次，初篩陽性率 1% 且初次篩檢比例達 25%。
2. 快遞式篩檢服務：依 2017 年及 2018 年委託科技研究計畫「愛滋高風險族群之社會網絡分析及快遞篩檢成效探討」之研究成果，因成效良好轉型為例行之政策。2019 年起運用同志族群常用之社交通訊軟體，預約民眾方便的地點，由執行人員將愛滋及性傳染病篩檢服務快遞至其指定之時間與地點，並從中招募衛星人員，提供自我篩檢試劑，進一步於其社會網絡提供篩檢服務，期間提供 1,000 人次篩檢服務且初篩陽性率 2%。
3. 同儕導師篩檢服務：2017 年邀請美國約翰霍普金斯大學來臺講授、訓練民間團體與衛生局第一線工作人員，有關設計同儕導師方案，於其社群網絡推廣實務社區工作之經驗。我國並於 2018 年推動「約會新文化運動」，與衛生局、民間團體及相關醫院或醫事檢驗機構合作，透過獎金誘因設計，動員同儕導師於社群宣導安全性行為、

定期篩檢等衛教觀念及身體力行，計畫計動員篩檢 17,784 人次，初篩陽性率 0.7%，成效頗佳。

4. 同志健康社區服務中心：為推動風險行為者愛滋預防方案，委辦民間團體設立健康社區服務中心，提供多元性別友善的環境及服務，辦理健康講座、外展宣導、免費電話諮詢、醫療諮詢門診、藥癮戒治支持性團體、愛滋篩檢及轉介醫療服務等，同時透過至高風險場域外展服務等方式，主動提供不同群體衛教或愛滋篩檢諮詢服務。因應網路手機通訊應用軟體進步，運用 LINE、Instagram、Facebook、Dcard 等管道提供衛教諮詢服務，並透過交友手機應用軟體（APP）露出健康促進宣導訊息。2019 年共提供 10,383 人次愛滋篩檢服務，初篩陽性率 0.6%；共計辦理 441 場次外展衛教宣導及諮詢服務，外展場域涵蓋同志三溫暖、酒吧、夜店、按摩場所、同志友善店家、健身房、美容美髮店等。

四、個案醫療照護服務、提升醫療品質及擷節醫療費用

我國自 1997 年引進雞尾酒療法後，愛滋感染者的存活期已大為延長。感染個案需要良好的個案管理與追蹤關懷，透過地方衛生局/所公衛人員及個案管理師提供個案管理服務，對於新確診通報之感染個案加強追蹤關懷，儘速將其轉介就醫治療，適時提供相關協助，減少就醫障礙，促使其穩定就醫服藥達愛滋病毒量測不到，以維護感染者個人健康狀況及生活品質，減少發病及死亡的情形；另對於未知感染狀態的高風險族群（即愛滋感染者之社會網絡）進行衛教諮詢、提供有效的預防感染方式並鼓勵定期篩檢愛滋，增加其對於感染高風險行為的認知，進而改變行為態度或建立有效的預防感染方式，以減少感染之風險。

為提升感染者醫療照護服務品質及就醫之可近性，持續辦理「愛滋病指定醫事機構服務品質提升計畫」，與醫事機構專業人員合作，提供愛滋感染者及高風險行為族群之愛滋衛教與諮詢服務、醫療照護、轉介預防與支持資源等服務，同時鼓勵醫事機構提升其醫療服務品質指標來配合國家防疫政策。透過共同規劃照護服務內容及治療方式、增強疾病防治資訊連結與共享，藉此提升醫事機構醫療照護服務品質，並加強我國愛滋感染者之個案照護服務，達到防疫目標。截至2019年，愛滋病指定醫事機構共計有79家醫院、1家診所及47家藥局，提供愛滋感染者及其接觸者相關預防、檢驗及治療等服務。而我國於2019年已知自身感染狀態之個案服藥率達92%，已服藥個案之病毒量測不到率達95%，優於全球平均現況。

在醫療費用方面，由於醫療進步，感染者之死亡率大幅降低，感染者之平均餘命已與一般人相當，穩定之慢性病醫療應屬全民健康保險給付範圍，惟考量公共衛生及防疫目的，政府得就感染者在治療穩定期前投予醫療及介入防疫措施，俾利於疫情控制，爰增訂明定公務預算補助範圍為感染者自確診開始服藥後二年內之相關費用，於第三年起則由全民健康保險給付，2015年2月4日修正公布相關條文，2017年2月4日起生效，大幅減輕我國防疫預算支應醫療費用之負擔，使防疫經費得以較為充裕之應用。

為兼顧感染者醫療品質與用藥安全及擷節愛滋醫療費用，依照國際治療指引、藥品上市及藥價調降，訂有「抗人類免疫缺乏病毒藥品處方使用規範」，2019年修正主要重點包括調整處方使用規範的處方前專業審查界限，由15,500元/月調降為13,200元/月，促使藥廠調降藥價、因應國際治療趨勢更新第一線推薦之副作用低且每日服用一次的三合一複方藥品，並要求愛滋指定醫事機構應備齊第一線推薦處方的4種藥品，以順利使感染者就醫服藥。

國際研究顯示，愛滋感染者之伴侶服務是發現愛滋感染者的重要策略，可以藉此找到未被確診的感染者，也可以讓曾確診而未就醫的感染者接受醫療照護。因此當感染者被通報當下、通報後結婚或懷孕、合併感染性病等，皆為公衛人員啟動伴侶服務的時機，藉此提供感染者重要的衛教資訊及必要的協助，包含：規則就醫與服藥以利及早抑制病毒量至測不到的狀態、避免愛滋病毒傳染給伴侶的保護措施、提供精神健康及物質成癮治療資源或轉介服務等。隨後透過諮詢技巧協助感染者回溯性伴侶或共用針具者的聯絡資訊，以便公衛人員提供這些伴侶可能感染愛滋的風險告知及愛滋篩檢。對於愛滋篩檢陽性之伴侶及早轉介醫療體系進行確認檢驗與照護；對於愛滋篩檢陰性伴侶則轉介評估使用暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP），同時強化合併使用保險套以降低感染風險。此外，伴侶服務的對象並不侷限在感染者的性伴侶或共用針具者，還包含未與感染者有性行為或共用針具但有共同生活習慣的社群活動圈同儕（例如：各自參加成癮性藥物派對、網路約炮等），使感染愛滋病毒的高風險族群可以儘早獲得正確的愛滋防治資訊及愛滋篩檢服務。

根據調查，我國目前使用長照安養機構之愛滋感染者平均年齡約為 53 歲，相關安置、安養及照護需求會隨著愛滋感染者平均餘命上升而逐漸浮現。根據我國 2019 年 50 歲以上之愛滋感染者共 5,911 名，推估具有長照需求的感染者約為 750-957 名。其中，機構式與居家/社區式的比例以 2:8 進行推估，則需要長照機構照料的愛滋感染者約有 144-191 名，需要居家/社區式照料的愛滋感染者約有 600-766 名。

我國衛生福利部設有長期照護之示範機構，提供有長照需求之愛滋感染者，由各縣市衛生局及愛滋病指定醫院協助轉介登記入住。自 2015 年起公告全台第一階段愛滋感染者照護示範機構計有 13 家，第二階段將市立醫院加入示範機構（8 家），並自 2018 年起將退輔會體

系之榮民總醫院附設一般護理之家列入第三階段示範機構(3家)，共計 24 家示範機構提供愛滋感染者長期照護服務。此外，透過愛滋病指定醫事機構服務品質提升計畫之補助，由愛滋病指定醫院與長照機構簽約，提供感染者照護服務。對於即將出院且有長照安置需求之愛滋個案於長照機構收治外，並由指定醫院提供長照機構後送之備援醫療服務(含門診、住院)、醫療諮詢與服務，感染管制及愛滋教育訓練等工作。本計畫於 2020 年 6 月止，已有 13 家長照機構，收治 46 人。未來將持續擴充愛滋感染者長照服務量能，包含服務對象不以年齡或失能程度為限之住宿型機構，如：衛生福利機構、榮譽國民之家及相關服務單位等，提升機構工作人員之服務意願，並偕同其他科別(如：身心科、精神科、牙科、心臟病科等)提供愛滋感染者整合式醫療照護服務。

五、國際合作

為了與國際接軌，規劃辦理國際研討會或工作坊，邀請國際專家學者參與或講授學理、愛滋防治實務等課程，促進國際交流，並安排地方政府衛生局、愛滋病指定醫事機構或民間團體等共同參與，透過多方討論與經驗分享，學習新知及交流愛滋防治實務經驗。於 2019 年辦理「Act Against AIDS Workshop」國際研討會，邀請美國加州預防訓練中心來台講授愛滋感染者伴侶服務實務技巧課程，培育受訓者成為種子教師，以增進第一線工作人員執行愛滋防治工作實務技巧，學習如何與愛滋感染者建立互信關係，接觸不易觸及的特定群體與預防知識傳達的技巧，並落實防疫在地化，促進政策溝通、合作及經驗交流，以提升愛滋防治量能。

此外，亦積極參與國際愛滋學會(International AIDS Society)年度大會等國際會議，瞭解世界各國防疫作為、預防策略及新知，並藉由

發表我國愛滋防治相關研究成果，分享我國防疫經驗，增加國際曝光度，並促進國際交流合作。

肆、執行策略及方法

一、主要工作項目

- (一) 強化防疫基礎建設及跨單位與民間組織之防治網絡
- (二) 去歧視策略
- (三) 增強預防性方案
- (四) 目標族群主動篩檢發現及早介入
- (五) 儘速連結照護治療體系及個案管理服務
- (六) 監測群聚或群突發事件及應變
- (七) 擴展國際合作

二、分期（年）執行策略

執行策略/工作項目		執行年度				
		2022	2023	2024	2025	2026
強化防疫基礎建設及跨單位與民間組織之防治網絡	落實中央與地方合作與分工					
	加強公衛及醫療體系之連結					
	結合民間團體拓展防治網絡					
去歧視策略	政府、醫療機構、民間團體等全面推動去歧視與性別友善宣導					
增強預防性方案	衛教知能促進及推廣計畫					
	新式預防工具之導入及擴大暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）計畫					
	持續辦理藥癮愛滋減害及母子垂治感染預防計畫					
	年輕族群防治計畫					

執行策略/工作項目		執行年度				
		2022	2023	2024	2025	2026
目標族群主動篩檢發現及早介入	導入新式診斷檢驗工具					
	以醫療照護機構為基礎提供之篩檢服務					
	以社區為基礎提供之篩檢服務					
	自我篩檢服務					
	同儕導師暨社群網絡友善篩檢服務					
	愛滋感染者之伴侶篩檢服務					
儘速連結照護治療體系連結及個案管理	加強連結照護治療體系服務					
	完善公衛端及醫療端個案服務					
	提供以病人為中心之整合性服務					
監測群聚或群突發事件及應變	強化監測追蹤管理體系					
	及時偵測群聚事件					
	快速應變阻止持續傳播					
擴展國際合作	擴展國際合作					

三、執行步驟方法及分工

(一) 強化防疫基礎建設及跨單位與民間組織之防治網絡

1. 落實中央與地方合作與分工

依據傳染病防治法及愛滋條例之規定，中央單位制定國家愛滋防治政策，並透過跨部會-愛滋病防治及感染者權益保障會、跨單位諸如：法令規範之調整等合作，整合全國防治資源，並爭取足夠之預算，共同合作協力推動各項愛滋防治工作。中央如有新制定之政策，將分級召開相關說明會議、製作相關手冊等，使基層工作人員或臨床醫師等第一線防治工作人員了解政策規劃之緣由與方式，以利政策推行，並同步進行政策評估及分析研究，以作為政策推動之實證基礎及後續調整之參考依據。另視需要召開業務溝通檢討會議，並對於各縣市愛滋防治績效進行討論及經驗分享，以提升整體防疫效能，以利防治工作順利推行。

為落實現行傳染病防治法及地方自治精神，中央政府負責政策制訂與規劃，並給予地方政府必要之協助；地方政府應配合中央政府政策，督導所轄人員，確實執行各項防治工作，以達分層負責之目的，而各級工作人員依據現行之規範與工作流程辦理各項防治業務，並透過分層查核與輔導機制，確保執行各項防治作為之落實與品質。

而依據「中央對直轄市及縣（市）政府補助辦法」規定，透過本部補助地方政府辦理之傳染病防治計畫，地方政府應將中央補助經費納入年度預算外並編列相對預算，亦提供年度預算之佐證資料。以中央所訂防治政策為主軸，地方亦應自行籌措或積極爭取特殊或專案等防治經費，為了使中央與地方協力進行愛滋防治，未來將請縣市配合中央防治項目，積極爭取相應預算，如暴

露愛滋病毒前預防性投藥藥物、篩檢試劑等費用。縣市亦應配合中央政策，依據地方特性因地制宜，訂定縣市層級之愛滋防治計畫及督導考核之指標，或是研提防治創意計畫，中央依計畫提供適當之補助經費，以強化縣市政府之防治作為。另整合並發展在地化的資源，結合轄內之醫療、公衛及民間團體等，妥善運用各項組織及跨縣市之協調與支援，共同推動愛滋防治，俾使防治工作推行順遂無誤，以提高整體防治效益。另中央依縣市提出計畫，提供部分人力、預算之補助，鼓勵縣市精進防治作為及品質。另制定常規考核及獎勵策略，促進縣市良性競爭。研訂縣市層級監測指標項目，包括過程與結果指標等，藉以達成全國防治成效之目標，以強化縣市愛滋防治能力。

2. 加強公衛及醫療體系之連結

愛滋防治亟需公衛端與醫療端緊密合作與溝通，相輔相成，透過完善且落實之轉銜制度，使愛滋衛教諮詢、篩檢、轉介、治療及後續照護等過程，皆能銜接順暢，藉以切實服務篩檢個案、感染者及其接觸者等需求，以達到愛滋防治之目的。

3. 結合民間團體拓展防治網絡

UNAIDS 長年來呼籲各國政府、健康照顧服務提供者、跨國與當地企業、民間組織應共同合作，保持緊密的夥伴關係，並基於感染者權利與以人為中心的方法規劃愛滋防治服務方案，提供普及愛滋治療藥物給愛滋感染者，避免愛滋防治工作功虧一簣。我國愛滋防治相關民間團體發展蓬勃，其投入愛滋防治相關主題包括多元性別支持服務、性傳染病衛教、篩檢、立法倡議、長期照護、護理、感染者及其伴侶服務等，為我國愛滋防治不可或缺的一環，復以考量愛滋感染者較一般人會面臨到更多困難及壓力，

除政府由上而下的推動愛滋防治政策外，亦需要國內愛滋相關民間團體長期介入提供協助，提供在地的服務。另可基於愛滋感染者需求，提供其相關急難救助及諮詢、陪伴就醫服務，保障其相關權益。

為強化我國政府與國內愛滋相關民間團體之夥伴關係，應持續扶植與補助國內愛滋相關民間團體，未來將參考美國舊金山政府與民間團體合作方式，可定期召開聚會溝通愛滋防治目標、執行方式與困難及共謀解決之道。因民間團體長期於愛滋防治領域耕耘，辦理愛滋防治、衛生教育宣導，亦聘有專業醫護人員、社會工作師、心理師等，提供個案輔導、篩檢諮詢等服務，具有執行愛滋防治工作相當量能。將持續透過補助人力或資源等，運用民間團體服務時間彈性及其組織服務人員具文化敏感度等特性，並透過其連結各類專科醫學會、學校、醫療資源、愛滋防治之合作單位或相關社會支持系統等專業及社區組織等，延伸愛滋防治觸角，拓展防治網絡。

（二）去歧視策略

依據愛滋感染者權益促進會於 2017 年的「愛滋污名與歧視調查」中指出，7.3%的感染者在就醫時表明感染狀況，便遭受拒絕。國際間為了減少愛滋感染者相關的歧視，美國援助（USAID）及美國總統愛滋解困計畫（U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief）於 2015 年邀請研究團隊發展「醫療機構整合性減少愛滋歧視計畫指引」（Comprehensive Package for Reducing Stigma and Discrimination in Health Facilities），並於泰國等國推動減少歧視之方案，執行方式包括先讓醫療院所醫療及相關人員填寫檢核問卷評估歧視之情形、再讓各醫院核心人員組成委員會從問卷結果檢

視與討論院內措施是否涉及歧視和偏見並訂出行為守則，再透過機構內關鍵人物政治性的宣示等，定期檢視歧視的情形是否有改善，未來在醫療院所將參考該指引、擇定醫療機構推行試辦計畫，強化醫療機構去歧視之觀念與服務，提供友善關懷醫療環境，規劃與國內醫學會等專業團體共同合作，針對牙科、外科等重點科別，辦理醫療機構去歧視與性別友善教育訓練，以及檢視院內措施是否涉及歧視和偏見，並訂出行為守則與指引，透過辦理教育訓練提升醫護人員對於愛滋等傳染病的相關專業知能，並納入健康平權、去歧視等相關課程，提供病患更優質醫療服務品質，營造友善就醫環境，期許能成立示範中心，讓醫療人員對於愛滋感染者有更多理解，也讓愛滋感染者對於醫療人員有更多信心，進而減少愛滋歧視。

此外，本部疾病管制署亦將持續與泌尿科、家醫科及婦產科等醫學會合作辦理「性健康友善門診計畫」，透過辦理教育訓練提升醫護人員對於愛滋及性傳染病的專業知能，並納入健康平權以及性傳染病防治、去歧視等相關課程，提供病患更優質醫療服務品質。另為提升醫療從業人員愛滋防治知能並提供友善醫療照護環境，與相關醫學會（如：急診醫學會等）、醫療院所及民間團體等單位共同合作，辦理醫事相關人員教育訓練，將愛滋與其他性傳染病去歧視、尊重接納及關懷、隱私保護之重要性等議題納入課程，提供友善醫療服務、強化其照護品質。

在一般大眾層面的去歧視作為，包含：透過保障會橫向聯繫政府各部會，並結合民間團體及私人企業等，全面推動愛滋去歧視與性別友善宣導；運用多元化宣導管道，透過新媒體平臺（Facebook 及 Instagram 等）、疾管家 LINE@等社群媒體、1922 防疫專線等通路，以圖片、影片或簡易文字進行愛滋防治宣導，

向社會大眾傳達有關愛滋傳染途徑、預防、篩檢及治療等知識，並協助解答民眾對於愛滋的相關提問，澄清民眾對於愛滋傳染途徑及高危險性的迷思。同時持續蒐集相關輿情與媒體資訊，透過發布新聞稿、澄清專區等方式，及時更正或澄清錯誤訊息，以確保愛滋防治資訊得以正確傳遞與溝通，消除社會對愛滋的歧視與污名。另藉由愛滋防治政策民意調查等方式，於愛滋宣導活動前後進行民調，以瞭解社會大眾對於愛滋防治宣導的接受度、以及宣導活動是否影響民眾對於愛滋感染者之看法，提升社會大眾對於愛滋感染者的接納與關懷，並促使更多人瞭解有關愛滋預防、篩檢及治療等衛教資訊，成為全民防疫一環，逐步建立社會大眾正確認知愛滋防治的公民力量，達成 UNAIDS 提出 2030 年「零感染、零死亡、零歧視」的願景。

（三）增強預防性方案

1. 衛教知能促進及推廣計畫

為提高民眾愛滋防治知能，響應「世界愛滋病日」、每年於 12 月 1 日前後舉辦愛滋防治宣導活動，另因應受眾特性，於多元平臺發布愛滋病相關議題新聞稿、1922 防疫達人臉書、Instagram、Twitter 及疾管家 LINE@ 等社群媒體及 1922 防疫專線等通路，提供民眾愛滋病預防、治療、檢驗等諮詢與衛教，另同時開發各式愛滋及性傳染病宣導素材等，提供衛生單位辦理愛滋防治活動時進行相關宣導。2019 年進行愛滋防治政策調查結果綜合顯示，15 至 49 歲民眾對於愛滋病觀念正確認知率達 83%。整體而言，民眾對政府在愛滋防治的滿意度近 51%、信心度 61%，將持續透過多元管道、以分眾方式進行愛滋防治宣導。

2. 新式預防工具之導入及擴大暴露愛滋病毒前預防性投藥計畫

- (1) 新式預防工具（疫苗或長效型/緩釋型針劑）之導入：國際上愛滋疫苗進展受阻，另一種新式預防工具長效型針劑刻正蓬勃發展中，其目前主要應用於愛滋病毒之治療，利用單株抗體蛋白質藥物應用抗體對標的物（抗原）的高專一特性，可精準與抗原結合，對正常細胞組織沒有破壞性或功能性阻礙。其只需要一週至一個月施打針劑（端看藥物特性決定），因為藥物半衰期較長，服藥間隔增加，病患不需要天天服用口服藥物，因此，可直接大幅改善醫囑遵從性；患者也不需因每日服藥，而增加被暴露病情的機會，可以有效地保護醫療隱私。綜上所述，疫苗之發展前景雖不明朗，但如有新式疫苗發展或長效藥劑上市，亦將積極接軌國際評估導入我國政策之可行性。
- (2) 暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）：PrEP 是國際上降低愛滋疫情的輔助工具，如果遵照醫師指示服用 PrEP 藥物，讓體內有足夠的藥物濃度，預防愛滋感染的效果可高達 90%以上，為目前已知可有效預防愛滋感染之工具，亦是目前國際公認扭轉愛滋疫情的關鍵政策。我國 2018-2019 年辦理暴露愛滋病毒前預防性投藥計畫，補助 30 歲（含）以下之年輕族群及感染者配偶/伴侶服用 1 年份之 PrEP 藥物，已提供超過 1,620 人服務。然因原廠藥物價格高昂，為爭取讓更多人服用藥物，積極預防愛滋感染，將持續連結民間資源，與原廠協商藥物價格，提供 PrEP 相關公益方案，期能降低民眾使用 PrEP 之經濟負擔及障礙，並積極關注學名藥、PrEP 新藥或劑型之研發進展，必要時引進國內推廣使用；亦持續提供誘因、補助醫療院所辦理計畫，並積極輔導醫療院所提供民眾自費 PrEP 服務，增加民眾可近性，以使服務量能逐年完備到位。同時

為加強個案管理、提高加入 PrEP 計畫民眾之服藥順從性，除規劃定期勾稽未規則回診服藥之個案清單，請執行機構積極聯繫與輔導個案就醫回診外，亦將規劃於系統設置警示功能，針對適用性評估後未再次就診或於應回診時間卻未回診者，由醫事人員或個管師主動聯繫提醒民眾回診，以達 PrEP 預防效益。另透過跨部會、縣市政府、醫事機構及民間團體等合作，加強推廣愛滋預防性投藥之重要性，提升民眾對於愛滋防治及 PrEP 的正確認知、以及自身感染風險知覺與預防愛滋感染之知能，進而提高民眾使用 PrEP 之意願。我國目前服用 PrEP 人數約 3,000 人，參考美國指標訂定方式，以相較基礎比較值 5 倍人數估算訂定目標，於 2030 年前逐步達成 15,000 人服用 PrEP 目標，經考量預算、醫院個案管理師服務收案量能、要物價格等因素後，設定 2026 年之階段性目標為達成 PrEP 計畫觸及至少 9,000 人之目標，並將持續透過新式策略如同儕社交網絡等進行收案，並朝減少性傳染病感染率及提供衛教、諮詢與整合式全方位服務邁進。

(3) 暴露愛滋病毒後預防性投藥 (Post-Exposure Prophylaxis, PEP):

如有從事不安全危險性行為、遭性侵害、共用針器或稀釋液的注射藥癮者等，或有直接接觸到疑似愛滋感染者的血液或體液，經預防性投藥之醫院醫師評估後，給予暴露後抗愛滋病毒預防性投藥，以避免感染愛滋病毒。

除了一般民眾可能因不安全性行為等原因自行赴醫療院所接受暴露愛滋病毒後預防性投藥外，我國依人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例第 6 條，為防止相關人員因執行職務而意外接觸到含有愛滋病毒之血液或體液，得補助其暴露愛滋病毒後預防性投藥相關費用，訂定注意事項

規範警消、醫護人員如因執行職務而意外有感染愛滋風險之虞，補助其服用暴露愛滋病毒後預防性投藥。

同時，為持續提升基層醫事人員愛滋防治知能與加強自我保護能力，請各縣市衛生局制定轄內醫事人員 oPEP 處理流程，並結合轄內相關醫師人員公會於年度辦理至少一場次之 oPEP 教育訓練。

未來將持續與醫院合作，追蹤與輔導個案服藥狀況、提供風險行為之衛教與諮詢，進而轉介個案提供長期預防性投藥服務，以達預防愛滋感染之最大效益。

3. 持續辦理藥癮愛滋減害計畫

為了防範藥癮者尚無法完全戒除藥癮之前，避免因共用針具、稀釋容器或稀釋液而感染血液傳染病，在社會與法規層面可以接受的環境之下，結合專家、學者及社區資源的執行力量，由各縣市衛生局評估，並與社區藥局、社區民眾溝通後，共同辦理清潔針具計畫。藉此提供藥癮者清潔注射針具與稀釋液，及回收使用過的注射針具，並提供正確的衛教諮詢與轉介治療，希望能降低毒品施用人口，擴大戒毒網絡，並協助藥癮者及其家人接受愛滋衛教及篩檢服務。

因應近年國內年輕族群藥愛 (chemsex) 文化盛行，且以藥助性後所伴隨之不安全性行為，是愛滋防治上的嚴峻挑戰。未來將持續透過各地方衛生局辦理藥愛與愛滋防治相關衛教講習，包含與矯正機關合作辦理收容人之藥愛與愛滋防治講習等，讓藥癮者等目標族群瞭解施用成癮性藥物和愛滋感染之相關性、以及成癮性藥物對於健康的危害。並透過多元篩檢管道，提供藥癮者愛滋篩檢及衛教諮詢服務，協助轉介至友善戒癮民間團體或指定醫院

成立之戒癮團隊。另針對併有使用非鴉片類成癮藥物之愛滋感染者，透過愛滋病指定醫事機構服務品質提升計畫，與指定醫院合作，提供跨科別之共照管理服務，補助其戒癮治療之相關費用，協助預防藥癮復發、早日復歸社會。

4. 預防母子垂直感染計畫

我國預防母子垂直感染愛滋成效卓著，近 4 年僅 2017 年及 2019 年各有 1 例母子垂直感染個案，符合世界衛生組織對於消除愛滋母子垂直感染之結果指標，包括每十萬名活產新生兒小於 50 位感染個案（我國為 0.5 位）、母乳哺餵族群中母子垂直感染率低於 5%或非母乳哺餵族群中母子垂直感染率低於 2%（我國為 0.0005%）。將持續辦理母子垂直感染預防計畫，包括篩檢、醫療及照護等三方面，並積極與世界衛生組織認證標準接軌，目前尚需檢視與調整的部分包括部份法規有權益保障之疑慮等，我國將積極策進相關作為，以達成世界衛生組織消除認證目標。

未來努力方向應著重高危險育齡女性或矯正機關女性收容人之防治教育，強化醫護人員敏感度，主動針對疑似高危險臨產婦進行愛滋快速篩檢，以及時提供適當醫療處置，屏絕母子垂直感染個案發生。

5. 年輕族群防治計畫

截至 2019 年 12 月，我國累計通報 39,667 例本國籍愛滋感染者，診斷年齡為 34 歲以下者占有愛滋通報個案近 7 成；另依據數理模型推估，在未被診斷出愛滋感染者中以 15-24 歲年齡層占比最多（26%）；愛滋感染者中 15-24 歲族群服藥比例最低且僅有 89%（其他年齡層之愛滋感染者就醫比例皆高於 90%）；此外，該年齡層之服藥者達到病毒量測不到之比例（91%），相較其他年齡

層皆有超過 93%，亦是全年齡層最低。故應針對年輕族群量身訂做專屬的防治策略，以避免愛滋感染疫情持續增加。根據文獻指出，針對年輕族群應就下列面向發展相關防治計畫：

- (1) 創新的外展服務方式：因應年輕族群時間之安排並大幅提升年輕族群愛滋篩檢便利性，應積極推動在家愛滋自我篩檢計畫、快遞式愛滋篩檢暨其社會網絡服務計畫等，並應用創新方式，包括以視訊方式指導民眾操作自我篩檢試劑服務、針對非性別主流族群（如跨性別等）額外設計外展服務、委託學會或民間團體發展性工作者願意接受的愛滋篩檢及預防服務模式等。另應用「健康賦權」而非「消除風險」的概念，提供預防性投藥，消除愛滋疾病污名。亦可利用初級醫療網整合愛滋防治相關服務，例如在廣設之診所提供外展服務，進行諮詢、衛教宣傳、愛滋篩檢服務等。
- (2) 強化年輕族群場域之愛滋宣導活動：1986 年渥太華健康促進憲章頒布後，世界衛生組織即積極協助各國在學校、社區、醫院、職場積極推動不同場域的健康促進計畫，利用各場域中全體成員的協力合作，為人們提供整體性與積極性的經驗及組織，以促進並維護人們健康。為了使年輕族群在不同場域中，能有效獲取愛滋防治的相關資訊。在健康促進學校部分，可積極辦理校園宣導活動，例如邀請愛滋感染者現身說法、辦理以愛滋防治為主題的活動競賽如海報、影片、詞曲創作、金句、保險套或篩檢服務機機身設計等、將愛滋防治教育融入性教育課程、於大專院校增設保險套或自我篩檢試劑服務機等。在健康促進社區部分，可透過各地衛生所（或健康服務中心）連結社區中基層醫療診所聯合辦理愛滋衛教諮詢服務，提供愛滋及血液傳染病門診、親善醫師/門診服務；

另也可於社區公眾集會場所明顯處張貼愛滋衛教海報。在健康促進職場部分，則可以針對執業環境中，容易暴露愛滋病毒的高風險職業，例如：醫事人員、警察、消防、監獄管理員、環保清潔人員等，進行相關愛滋防治的教育訓練（如：標準防護措施、感染管制指引、暴露後預防性投藥等），以提升其愛滋防治知能與自我保護意識。

- (3) 運用數位科技、社交與新媒體推廣，促進年輕族群參與愛滋防治活動：數位革命徹底改變了人們接受訊息的方式，隨著科技進展，人們越來越仰賴智慧型手機，也習慣使用裝設於手機中的應用程式（如：YouTube、Facebook、Line、Instagram等）來接收訊息並與網絡社群互動。為使愛滋防治訊息與新科技結合並更貼近年輕族群需求，應利用不同管道之新興媒體，促進年輕族群愛滋防治之意識。因此，在訊息管道方面，可分為四大類並搭配不同方式之執行策略：第一類管道是新媒體，根據富比士調查指出，約有 48% 的 Facebook 使用者偏好觀看實況直播（且人數有增多趨勢）、85% 的 Facebook 使用者在觀賞影片時會關閉音效、使用者傾向分享具有教育意涵的影片、60% 科技使用者願意觀賞時間長度 > 1 分鐘的教育影片等行為。因此，建議使用新媒體宣傳愛滋議題時，若使用短片宣傳，則須提供字幕並注意時間長度；若使用直播方式宣傳時，則應多促進雙向互動，鼓勵觀眾發問，保持「Keep it short/Try it Live」的宣傳原則。第二類管道是智慧型手機，近來有越來越多數位使用者使用智慧型手機觀看影片、瀏覽網頁並減少使用電腦，因此，可設計符合網頁閱讀習慣的介面（閱讀方向垂直、行距適當）、利用聊天軟體應用程式主動推介通知愛滋防治訊息（如：影片與文字）、寄送手機簡訊進

行衛教宣傳、利用交友軟體系統內通知訊息執行置入性行銷，藉上述做法大幅提升年輕族群獲取愛滋篩檢、預防策略、愛滋疾病流行趨勢等資訊的機會。第三類管道是最佳化搜尋引擎 (search engine optimize)，使年輕族群在搜尋引擎鍵入與愛滋相關的關鍵字時，能迅速連結至本部疾病管制署全球資訊網上之相關資訊頁面。第四類管道則是開發手機應用程式，提供互動式的線上諮詢服務 (似於 Chatbot)，提供內容含四大部分：愛滋相關的影片/文章/研討會新知 (HIV Info)、關於愛滋病毒的互動式短答遊戲 (Quiz test)、提供愛滋專業諮詢並提供轉介真實醫療服務人員之功能 (Counselling)、提供愛滋篩檢診所服務的時段/費用/地址 (HIV Testing)。

- (4) 設計金錢轉移策略 (Cash transfer) 之介入方案：根據統計分析資料發現，近 10 年我國新通報之 24 歲以下本國籍愛滋感染者，主要感染危險因子為不安全性行為，其中 5 成感染者於通報時即發病，因此推測於未成年即已感染。經疫情調查發現前述青少年多因經濟弱勢或來自脆弱家庭而從事高風險行為，且因身心狀態尚未成熟及家庭支持功能薄弱，常有依附不健康伴侶關係換取生活費，甚至輟學以性換取金錢等境遇，以致於從事高風險行為時感染愛滋而不自覺，拖延至病況嚴重或懷孕產檢時才發現感染。爰此，本部參考聯合國愛滋規劃署 (UNAIDS) 之政策文件及國際相關文獻規劃設計「金錢轉移策略之介入方案」，針對經濟弱勢或來自脆弱家庭有高風險行為之年輕族群(如：受到性剝削之青少年等對象)，規劃與社政體系、民間團體、醫療院所等相關單位合作，藉由經濟誘因讓該等弱勢族群能接受相關衛教、愛滋篩檢等預防介入服務，並結合衛政及社政資源，建立跨單位合作與轉

銜機制，將視個案需求適時轉銜社政、衛政或醫療等服務資源，以達成相關指標(如：性行為使用保險套、預防懷孕、降低愛滋及性傳染病感染等)，輔導個案提升預防感染及自我保護之知能。如果不幸感染愛滋病毒，透過計畫亦能早期發現早期治療，減少社區病毒傳播風險，亦透過相關行為設計誘因促使其穩定就醫服藥。另考量該等弱勢族群之特質及成長背景，將視個案需求適時轉介社政、衛政或醫療等服務資源，進一步提供該等族群所需之醫療照護或保護安置等服務，包含：轉介個案接受專業醫療照護、心理輔導與諮商、經濟援助、機構或處所安置等保護措施，後續將依個案服務成效及服務對象反應等，適時評估並滾動式調整服務內容。

(四) 目標族群主動篩檢發現及早介入

為減少延遲診斷及提升潛在愛滋感染者知道自身感染狀態的比例，篩檢諮詢服務之發展為十分重要之工作。經搜尋文獻及透過個案訪談瞭解，民眾不願意出來篩檢的原因可歸類為三個層次，包括外在因素、人際因素及個人因素，而此三個層次亦會交互影響，說明如下：

外在因素：包含法規、制度或社會氛圍對於愛滋的看法，以及愛滋篩檢資源的可近性(如：時間、地點、交通方式、部分採預約制、有名額限制等)。

人際因素：身邊的朋友或親人對於愛滋的看法或互動。

個人因素：個人對愛滋認知程度及態度。

其中，個人因素亦會受到人際因素影響，舉例而言，個案雖然已經認識到愛滋病毒是透過不安全性行為感染，但身邊的人可能認為就是亂交朋友才會得到愛滋，進而影響個人對於愛滋的態

度。發生風險行為時，個案因為害怕若被發現感染愛滋之後會影響人際關係、生活甚至工作與就學等，反而會怯步於篩檢。

綜上，規劃發展篩檢服務如下：愛滋篩檢及諮詢服務是讓有愛滋病毒感染風險行為族群知道自身感染狀態的第一步，進而接受轉介治療及照護，篩檢服務除了需要計畫包裝推廣外，亦仰賴進步的診斷與檢驗工具，說明如下：

1. 導入新式診斷檢驗工具，加速確診時效

除了既有確認檢驗品質的方法，對於愛滋檢驗應推動標準化檢驗機制，確保檢驗品質及報告時效，進行檢驗方法及流程標準化，推動更有效益的檢驗流程，規範認可實驗室採用本部疾病管制署認可檢驗方法，建立具時效及正確的檢驗報告。在品質管理及提升方面，將持續與國內認證機構及檢驗相關學會合作，監督品質管理及促進系統之精進，訂定品質指標監測，推動實驗室內部品質指標，藉由品質指標動態監測，及早發現異常結果，以進行即時校正，阻止錯誤報告發布，並據以更新品質指標，建立實驗室公信力；透過教育訓練，以輔導建立臨床實驗室標準化品管系統，並進行定期評鑑，落實內外部品管系統。

因應世界衛生組織、美國疾病管制中心公布之檢驗指引及流程，且為縮短檢驗空窗期，響應國際定點照護診斷(Point of Care)之趨勢，我國積極於相關愛滋篩檢計畫（如：匿名篩檢計畫等）導入新式診斷檢驗工具，以提升愛滋檢驗品質與時效。

世界衛生組織於 2019 年 11 月提出，基於西方墨點法確診時間較長、檢驗結果與最終診斷狀況較難以解釋及常出現檢驗結果為未確定的狀況，強烈建議各國逐步淘汰西方墨點法，改以抗體免疫層析或其他敏感度較高之快速診斷方法進行愛滋之確認檢驗，

可將確診時間由 4 至 6 週縮短至 1 至 2 週，加速感染者確診以及早進行治療。目前我國可取代西方墨點法且具食品藥物管理署醫療器材許可證的為「抗體免疫層析確認檢驗試劑」，可於 30 分鐘內知道結果，未來將持續輔導醫院轉換確診方式，以委託代檢、能力試驗合作實驗室等，逐步汰換西方墨點法；另因為部分感染者可能屬於急性初期感染，上揭抗體免疫層析檢驗法於第一時間內可能檢驗不出結果，為加速部分個案之診斷治療，引進新式快速病毒量檢驗法，可於 1 小時內知道個案病毒量，亦力求潛在感染者於一次交通路程時間可以得到確診結果及直接進行轉介治療。

2. 以醫療照護機構為基礎提供之篩檢服務

世界衛生組織建議，屬於低度或集中式（特定風險行為族群的愛滋病毒盛行率大於 5%；但一般人口盛行率低於 1%），醫療照護機構對於成人、青少年或孩童出現愛滋感染相關症狀都應提供篩檢服務，包括潛伏或確診之結核病個案；並應針對性傳染病、肝炎、結核病或孕婦等民眾提供例行性之愛滋篩檢服務。

另因感染愛滋之潛伏期長，潛在感染愛滋之民眾常常會因其他不同疾病或症狀先行赴醫療照護機構就醫，因此世界衛生組織及美國疾病管制中心均建議，因醫療照護機構為接觸民眾最直接的單位，應積極訓練第一線醫護人員主動提供並鼓勵民眾接受愛滋篩檢服務，尤其針對性病病患、藥癮者等，以增加愛滋篩檢之效益。更進一步建議可以將愛滋篩檢列為「選擇退出（opt-out）」之選項，意即將愛滋篩檢項目列為一般健康檢查、外科手術等之預設篩檢項目，除非民眾自行勾選不接受執行該篩檢項目，不然都視同願意接受愛滋篩檢。我國現行愛滋條例僅規定因醫療之必要性或急迫性，醫事人員得採集檢體進行人類免疫缺乏病毒感染

檢測，無需受檢查人或其法定代理人之同意，如要推行「選擇退出(opt-out)」，牽涉醫病雙方互信及後續權益保障等問題，為我國未來可慎重考慮發展之方向。

另分析我國 2016 年新通報感染者診斷前 1 年之就醫資料發現，個案曾就醫科別以家醫科、耳鼻喉科、皮膚科、內科及急診醫學科為主且有相當就診人數，本部透過委託專業團體或醫學會辦理教育訓練，教育第一線醫護人員針對性病病患等風險行為族群提供愛滋篩檢服務，並與泌尿科、家庭醫學科、婦產科及大腸直腸外科等相關醫學會合作建立友善性傳染病門診醫師網絡，提供性病等高風險行為族群愛滋及性傳染病整合式篩檢與衛教諮詢服務，讓民眾不怯於就醫及篩檢愛滋。

另有關急診之部分，參考美國、英國等國家經驗，其醫院指引指出為了臨床管理需要及增進照護病患之品質，急診之醫護人員皆應提醒病人接受愛滋篩檢服務，復以考量我國國情及相關醫病關係之問題，未來將朝部分醫院先行試辦，規劃與國內醫學會或醫療院所等專業團體共同合作，針對醫院急診部門蒐集急診就醫患者之人口學資料，包括：性別、年齡、職業別、性傾向、就醫科別、臨床症狀、感染風險因子、愛滋篩檢陽性率等，歸納急診就醫患者流行病學之人口學特性、病患特質及感染風險因子，建立急診就醫患者愛滋篩檢服務與衛教介入模式，提供篩檢陽性盡速確診及轉介就醫，及篩檢陰性患者轉介 PrEP 服務。另考量該等計畫或方案多屬試辦或前驅性質，未來將依計畫或方案執行情形，適時評估並滾動式彈性調整計畫或方案內容。

3. 以社區為基礎提供之篩檢服務

除了我國既有與民間團體、衛生局及醫院合作推行，走入社

區前進風險行為場所（如：酒吧、夜店等）推廣愛滋篩檢外展服務外，我國目前亦透過委辦計畫辦理行動車或快遞式篩檢服務，成效尚佳，另世界衛生組織建議可透過下列方式發展外展愛滋篩檢服務，以增加可近性，亦是我國未來努力方向，面向包括：

- (1) 行動外展篩檢：透過行動車或載具提供到約定地點或至社區信仰中心、娛樂中心（如酒吧或俱樂部等）的篩檢服務，以提高民眾接受愛滋篩檢服務之可近性。
- (2) 全民篩檢：通常配合公眾活動來舉行，可以在醫療機構舉辦或至社區舉行，透過推廣篩檢，需要有完整的轉介配套措施，進而使一般社區民眾瞭解愛滋、間接達成去歧視目的。
- (3) 整合式篩檢：推動於醫院及診所一般健康檢查附加愛滋篩檢之自選項目服務，由醫療院所於整合式篩檢服務（如：B/C 型肝炎、糖尿病、性傳染病等）合併提供民眾愛滋篩檢服務，讓民眾可以選擇於接受一次檢查了解自身健康情形外，將篩檢愛滋項目放入眾多健康檢查項目之中，間接可以達到去標籤化及去歧視之效果。
- (4) 職場篩檢：考量工作者可能因工作忙碌或是請假可能扣薪等原因，於職場推行愛滋篩檢可大幅增加職場員工篩檢之可近性，然值得注意的是如何確保隱私及如何連結至醫療體系，間接亦可達成去歧視之目的。在確保員工愛滋篩檢結果隱密性之情況下，我國產業結構雖以中小型企業為主體，然其亦有集中於如部分科學園區，園區通常設有診所提供醫療等服務，可溝通定期或不定期提供愛滋篩檢服務，或是呼籲大型企業於員工福利型健檢項目提供愛滋篩檢。

4. 自我篩檢服務

自我篩檢服務因其不受醫療機構提供篩檢服務時間之限制且具隱私性，而受到民眾歡迎，然我國目前尚未有經食品藥物管理署核准民眾可自行使用之自我篩檢試劑，過往計畫皆依藥事法第48條之2規定，因應緊急公共衛生情事之需要得專案進口試劑，與食品藥物管理署溝通專案進口事宜；或是以國內現有具醫療器材許可證之醫療人員用試劑，經與食品藥物管理署溝通及函備後，分裝成自我篩檢用包裝，而使自我篩檢試劑之推廣受到限制。未來除聯合食品藥物管理署主管單位敦促廠商於我國申請自我篩檢試劑醫療器材證，期許自我篩檢試劑能以更便利的方式（如：驗孕試劑）提供服務外，將綜合考量我國篩檢政策規劃，以公共衛生價格服務需要的民眾，並開發更多便民的通路（如：藥局）或性傳染病篩檢包等，提供多元愛滋及性傳染病篩檢服務管道。

5. 同儕導師暨社群網絡友善篩檢服務

根據文獻及國際社區實務工作經驗指出，網羅社群內極具影響力的人物作為同儕導師，運用其個人魅力透過社交影響力，很容易說服身旁的朋友從事特定活動，因此透過培植同儕導師，衛教其社群內朋友性傳染病預防觀念與知識，進而說服其接受愛滋篩檢以瞭解自身愛滋感染狀態，極具效益。而感染愛滋的風險行為族群，如男男間不安全性行為者、性工作者、藥癮者等，多具次文化特殊性，經這些群體認同的同儕導師，透過一定的訓練與培植熱心之具代表性社群領袖為同儕導師，同儕導師可以幫助及支持同儕了解愛滋篩檢、轉介等資訊，為一需長期經營但極富效益之方案，未來將朝設計具體誘因、整合橫向資源如就業、社會福利等，及透過委辦民間團體或學術機構設計或辦理制度性同儕導師課程與回訓，以長遠經營同儕導師資源。

6. 愛滋感染者之伴侶篩檢服務

愛滋感染者之伴侶服務及接觸者追蹤，是指與愛滋感染者聯繫諮詢引導其提供接觸者資訊，後續告知接觸者有被愛滋病毒感染之風險，並鼓勵其接受諮詢、檢測、疾病預防和治療服務。依據美國的研究，伴侶諮詢及轉介服務可以有效找到愛滋感染的高風險者，經檢測後可以發現 8-39%的伴侶已感染愛滋病毒卻未被診斷，顯示伴侶服務對於發現感染者是相當重要且非常有效益的工作，而為達到預期的成效，其服務過程應以感染者需要為導向，讓感染者或伴侶感受到公衛人員的關心，以發展良好的信任感及合作關係。

惟衛生單位在執行愛滋感染者之配偶追蹤時，感染者若不願意配合，常使公衛人員面臨告知其配偶之困難，故為提升公衛人員之實務技巧（如：引導個案提供伴侶資訊、伴侶風險告知與篩檢、個案病情揭露等），將持續辦理衛生局/所愛滋防治第一線工作人員之愛滋伴侶服務實務訓練，並直接偕同衛生局/所人員解決拒絕向伴侶揭露病情之已婚個案之風險告知、病情揭露及愛滋篩檢問題。使已受感染或潛在感染愛滋病毒的高風險接觸者能及早診斷，接受諮商及衛教，並連結至醫療體系，以達到有效阻斷病毒傳播。

（五）儘速連結照護治療體系及個案管理

1. 加強連結照護治療體系服務

確診陽性之新通報愛滋感染者，首要任務就是要轉介至照護治療體系接受治療，透過及早進入公衛與醫療體系，接受衛教諮詢、伴侶服務、服藥及控制病毒量等，透過衛教正確觀念，預防傳播愛滋病毒；接受伴侶服務，轉介伴侶接受愛滋病毒篩檢；進

入醫療體系開始服藥進而控制病毒量，減少社區傳播機會，以預防愛滋病毒感染。

經回顧文獻，感染者知道自身感染狀態但可能不願意就醫的原因，包括個人因素，如：自己感覺健康良好、害怕副作用、缺乏支持或害怕曝光及被指責行為不檢點等；社會、文化及經濟因素，如：污名或歧視、缺乏交通工具、無經濟能力負擔醫藥費或相應開支；醫療系統因素，如：等待時間過長、轉診不順利或服務不友善等。

經回顧文獻，要增加轉介照護體系成效的建議如下：

- (1) 經愛滋感染診斷有直接轉介照護體系之資源：響應定點健康照護之建設，於愛滋篩檢或診斷之地點，直接轉介可開立進行抗病毒藥物治療的服務，此為最快也最直接的方式。
- (2) 個案管理師或感染者嚮導 (patient navigator) 作為輔導員陪伴或協助個案就醫：我國已長期於愛滋指定醫事機構或衛生局培育個案管理師之服務；感染者嚮導，因其自身為愛滋感染者，能更以同理心或過來人的經驗讓新診斷愛滋感染者有共感，進而能被說服好好地接受治療。
- (3) 提供財務誘因，如交通費、醫療費用之補助。

爰此，在個人因素方面，除了仰賴大眾愛滋防治教育外，愛滋指定醫事機構個案管理師與衛生局公衛人員、醫院個案管理師將協力合作，提供新通報愛滋感染者即時的介入及轉介服務，與感染者建立互信關係，降低其疑懼與擔憂，並及時辦理全國醫療服務卡，連結個案至醫療體系接受愛滋藥物治療，提供伴侶服務、衛教安全性行為、按照個案需求整合及連結相關資源如身心科門

診等，以期讓感染者能於診斷後立即服藥、力行安全性行為，減少社區病毒傳播風險。

在社會、文化及經濟因素方面，我國致力於消除偏見污名與歧視，並為降低感染者就醫障礙、提升醫療資源可近性，加強辦理愛滋指定醫事機構計畫，計畫面向包括鼓勵醫院辦理夜間門診、由醫事人員支援偏鄉衛生所或同志健康中心提供服務等，亦設計品質指標獎勵醫院管理個案成效，並鼓勵醫院結合長照機構，建立整合式醫療網絡，以切合感染者醫療照護需求，提升照護服務品質。計畫執行期間，將依感染者實際需求及醫事機構執行狀況調整指定醫事機構布建策略。2019年愛滋病指定醫事機構共計有79家醫院、1家診所及47家藥局，提供愛滋感染者醫療照護服務，將持續朝向便利民眾服務之方向努力拓展就醫資源及服務點。

在醫療系統因素方面，除改用抗體免疫層析快速確認檢驗法取代西方墨點法，藉此大幅提高初篩陽性個案確診時效之外，在醫療制度面上為讓感染者儘速就醫，研議設計相關誘因，如：為鼓勵篩檢陽性個案儘速就醫進行確認檢驗，請愛滋指定醫事機構如接獲初篩陽性，當次就診由本部疾病管制署補助掛號費或部分負擔、提供轉介費用減免、或結合與連結肝炎、性病、結核病、其他健康相關等的整合性預防、篩檢與治療，提供誘因以吸引未就醫之愛滋感染者進入醫療體系，持續就醫與接受治療。

2. 完善公衛端及醫療端個案服務

我國自2016年起，參考世界衛生組織之建議，開始推動「診斷即刻治療」政策，新通報感染者就醫時，經專業醫師判斷其有服用抗病毒的必要，即可開立處方，不以CD4淋巴球數值做為評估開始服藥依據。加以公衛端可透過外展服務方式彈性調整，協

助感染者儘速取得全國醫療服務卡，即使個案確診當天未完成辦卡，亦可直接開立處方，不影響個案當次就醫權益。除此之外，為增進感染者服藥順從性，我國自同年起，更改愛滋藥品建議處方組合，增列第一線推薦處方為每日僅服用一次之三合一複方藥品，降低服藥顆粒數，增加感染者規律服藥的意願。未來持續有二合一新藥及針劑新藥上市，提供感染者更多合適藥品選擇性與便利性，亦增進感染者持續維持於醫療體系。

為強化我國個案管理成效，新通報之愛滋感染個案與管理中舊案，會依不同管理強度、模式及時程進行管理，如：新通報個案初期會密集關心個案、解決疑慮、提供個案所需之相關資源如社會福利、急難救助等；管理中之舊案，若因故中斷就醫、中斷服藥或因其愛滋病毒量仍測得到等，則重啟個案管理模式，協助個案重回穩定狀態。再持續透過愛滋指定醫事機構服務醫療品質提升計畫，結合醫事機構內多元專業人員包括醫師、護理師、心理師、社工師等，確保各醫院提供感染者具可近性、專業、隱私的醫療照顧及衛教諮詢，並滾動性調整品質指標，以適時衡量醫院執行之成效。另規劃發展醫院個案管理 APP（或與現行之「健保快譯通」進行資料勾稽），讓個案只要透過智慧型手機，就能立即查詢自己的檢驗數值，而個案管理師也能透過 APP 發送相關訊息給個案並與其聯繫，以建立雙向溝通機制，提高其就醫意願及便利性。

另，呼應世界衛生組織（WHO）推動 2017-2021 年愛滋抗藥性全球運動計畫（Global Action on HIV drug resistance），指出各國應持續監控愛滋抗藥性情況並加以防範，包括原生抗藥性及續發抗藥性之情形，以達 2030 年消除愛滋的願景，我國亦將持續監測國內具抗藥病毒株之流行趨勢及了解目前具抗藥性之藥物種類，

以適時評估介入，使愛滋之治療達到最大效益。

3. 提供以病人為中心之整合性服務

本部積極辦理藥癮愛滋個案替代治療計畫，以提高藥癮者愛滋防治相關認知及強化安全性行為衛教宣導，同時於「愛滋病指定醫事機構服務品質提升計畫」提供愛滋感染者 C 型肝炎檢驗及防治衛教諮詢服務，以降低其 C 型肝炎感染風險，如檢驗結果為 C 型肝炎個案，經醫師進行評估，提供 C 型肝炎抗病毒藥物治療的共照服務。

規劃將持續與愛滋指定醫事機構或愛滋團隊合作，提供愛滋感染合併使用成癮藥物者跨科別共照管理服務，與愛滋指定醫院藥癮治療團隊建立跨科別合作及轉介機制，整合感染科、身心科、精神科或外院藥愛 (Chemsex) 戒癮友善醫師或戒癮治療等資源，提供專業之戒癮服務，補助個案戒癮治療費用，包含藥品費用、精神醫療治療費用、檢驗費用等，並透過多元化社會支持系統之照護，提升感染者成功戒除成癮物質或藥物使用情形，並穩定就醫治療控制體內愛滋病毒量，維持其健康狀態，建立以病人為中心之跨身心科共同照顧醫療體系。

此外，針對脆弱家庭兒童及少年或經濟弱勢年輕族群個案(含嬰幼兒疑似感染者)，將強化社政及衛政單位之合作，加強第一線公衛人員之教育訓練，落實於個案通報後儘速完成脆弱家庭評估，適時邀集醫療、教育、社政、民間團體等專業人員研商適當處置措施，主動進行脆弱家庭通報作業，並追蹤了解社政單位後續處置情形，以協助缺乏足夠支持系統，而有保護、教養、醫療、經濟等需求之兒少或年輕個案，及時轉銜至社政等相關資源，予以適當醫療照護、輔導、安置或救助等支持服務。

另亦擬建立高齡愛滋感染者轉銜長期照護服務，強化愛滋感染者照護示範機構及指定醫院品質提升計畫與合作長期照護機構量能，使有長照需求之個案能獲得轉介照護服務。另為提供高齡愛滋感染者方便就醫、在地老化，請地方政府建立轄內友善長期照顧機構名單，連結愛滋指定醫院網絡，以便即時轉介有長照需求之個案接受服務。另因高齡愛滋感染者恐併發多重慢性病症，為營造友善就醫環境，與牙/醫師全聯會等單位合作，共同照顧高齡愛滋感染者。亦可透過前述醫院個案管理 APP，提供相關健康服務訊息（如：愛滋感染者照護長照示範機構地圖、戒菸、糖尿病管理等服務），使高齡愛滋感染者獲得全人醫療照護資訊。

（六）監測群聚或群突發事件及應變

1. 強化監測追蹤管理體系

建立監測追蹤管理系統主要目的為監測愛滋感染者是否持續就醫、穩定服藥、進而達成有效降低體內病毒量之目的，以期控制個人病情和減少愛滋病毒傳播，以協助我國健全愛滋防治體系。另為保障愛滋感染者隱私並落實歐盟一般資料保護規則（General Data Protection Regulation, GDPR），監測追蹤管理資料庫應恪守個案隱私保護原則，在蒐集、處理和移轉個人資料的時候應特別注意，並應要求系統資訊廠商定期維護資訊安全系統，避免資料外洩。同時致力提升整體系統涵蓋面、分析效能及品質，在資料庫建立過程中，規劃將逐步結合跨系統防疫資料介接、加值應用與統計資訊，應用雲端運算及巨量分析工具，提升整體系統涵蓋面、分析效能及品質，以提升整體愛滋防治綜效。另將持續就我國愛滋疫情監測資料與相關防治政策執行成效進行統計分析，必要時將進一步就性別、年齡、地區等面向進行交叉分析，以作為

評估防治策略推行與檢討之參考依據。

2. 及時偵測群聚事件

為加強監測愛滋疫情變化，並及時偵測社區群聚感染事件，參考美國經驗，以分子生物學基因型別監測比對發現愛滋病毒群聚感染，並透過疫情調查、公衛與醫療端及時介入防治，有效阻斷愛滋疫情在特定群體傳播之風險。爰此，為及時偵測群聚感染事件，首要工作為建立分子生物基因演化分析方法學及本土資料庫，規劃逐步建置愛滋病毒分子生物基因演化型監測（Molecular HIV surveillance）資料庫，透過疫情監視分析找出防治之重點族群，包含性別、年齡別、危險因子或經疫調可能具關聯性之案件，優先進行檢體基因序列分析，以逐步建立完整之病毒基因演化型資料庫。

另根據研究指出，透過愛滋病毒分子生物基因演化型監測，可以幫助掌握愛滋病毒動態傳播（transmission），及時偵測與確定病例之關聯性。隨著愛滋病毒的傳播，愛滋病毒的亞型會逐漸產生變異，因此，必須建立愛滋病毒的基因圖譜，做成可供比對型式之數位化資料與資料庫。舉例而言，若某個地區突然大規模的檢驗出相似的愛滋病毒亞型，亦即此地可能發生聚集（cluster）現象，應及時進行介入調查找出可能感染傳播之原因。

3. 快速應變阻止持續傳播

對於事件感染者儘速提供醫療照護及其他預防措施計畫。為藉由追蹤管理與監測系統偵測到空間區域中愛滋病毒，是否處於動態傳播的階段，衛生單位除被動收治愛滋感染病人外，亦可藉由愛滋監測系統資料主動追蹤聚集地區、執行愛滋病毒傳播之疫情調查、擴大社會網絡及接觸者追蹤服務、監視傳播途徑類似的

血液傳染病（如 C 肝、淋病）疫情狀況，主動發現疑似愛滋感染者，建立傳播聚集（transmission cluster）。

透過愛滋病毒分子生物基因演化聚集（molecular cluster）建立傳播聚集有其重要性。因已發病且進入醫療照護體系之愛滋感染者，使其體內具有愛滋病毒抗藥性之基因序列，才稱愛滋病毒分子生物基因演化聚集，故分子生物基因演化聚集乃是傳播聚集的其中一部份。而傳播聚集泛指體內不具愛滋病毒抗藥性之基因序列、因直接或間接方式受到愛滋病毒傳染者，可能包含的對象如：已感染愛滋感染但未確診者、已確診感染愛滋病毒但尚未具愛滋病毒抗藥性基因序列、已具愛滋病毒抗藥性基因序列卻因其於技術問題未被含納入監測系統。

未來將加強快速應變量能、阻止愛滋病毒持續傳播，並於發現聚集現象後，儘速連結愛滋感染者至療照護體系，並透過提供預防性投藥（PrEP），使尚未感染愛滋病毒者服用，提高體內抗病毒藥物濃度，預防感染愛滋病毒風險。若是發生意外暴露愛滋病毒之事件感染者也可提供暴露愛滋病毒後預防性投藥（PEP），藉由事後服用抗病毒藥物預防感染。

（七）擴展國際合作

愛滋防治為全球重視之健康議題，各國均投入經費及人力等資源進行研發疫苗、藥物及各式愛滋防治工作，每年相關國際組織如國際愛滋學會（International AIDS Society）會召開愛滋病會議，為規模最大的會議，為科學和人權各項議題互動和倡議等提供討論平台，會議中也會討論及分享各項防治政策與計畫之實證基礎，以利各國對流行趨勢作出正確與快速的反應，並透過會議平台了解世界各國防疫作為及促進合作交流，亦藉此平台發表我國相關研究成果及防疫經驗，並

增加國際曝光度。除了積極參與國際會議、不定期發表我國愛滋防治成果外，我國為了與國際接軌，每 2 年規劃辦理國際研討會或工作坊，邀請國際專家學者參與或講授學理、愛滋防治實務等課程，促進國際交流，並安排防疫體系不同角色包括衛生局、愛滋指定醫事機構或民間團體共同參與，透過雙向溝通與討論，學習新知及交流，未來將持續加強與國際愛滋相關組織或學術研究機構聯繫，建立合作管道，並持續了解國際最新愛滋防治科技、政策及行動方案等最新進展，評估其於我國實行之可行性，拓展國際交流與合作。

伍、期程與資源需求

一、計畫期程

本期計畫自 2022 年 1 月 1 日起至 2026 年 12 月 31 日。

二、經費來源及計算基準

(一) 經費來源：每年依循公務預算編列程序辦理。

(二) 計算基準表： (單位：千元)

工作項目內容	執行年度				
	2022	2023	2024	2025	2026
一、強化防疫基礎建設及跨單位與民間組織之防治網絡	44,000	44,000	44,000	44,000	44,000
落實中央與地方政府合作及分工	27,300	27,300	27,300	27,300	27,300
加強公衛及醫療體系之連結	200	200	200	200	200
結合民間團體拓展防治網絡	16,500	16,500	16,500	16,500	16,500
二、去歧視策略	-	-	-	-	-
三、增強預防性方案	130,000	130,000	130,000	130,000	130,000
衛教知能促進及推廣計畫	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
新式預防工具之導入	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
擬定行為介入計畫	90,000	90,000	90,000	90,000	90,000
四、目標族群主動篩檢發現及早介入	103,000	103,000	103,000	103,000	103,000
導入新式診斷檢驗工具	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000
篩檢服務 (醫療機構、社區基礎及自我篩檢等)	85,000	85,000	85,000	85,000	85,000
愛滋感染者之伴侶篩檢服務	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
五、儘速連結照護治療體系及個案管理	1,536,729	1,602,754	1,645,159	1,714,903	1,782,611
醫療費用	828,000	820,555	789,680	756,455	721,505
部分負擔	264,712	278,199	291,479	304,448	317,106
擴大暴露愛滋病毒前預防性投藥 (PrEP) 計畫	240,000	300,000	360,000	450,000	540,000
其他	204,017	204,000	204,000	204,000	204,000
六、監測群聚或群突發事件及應變	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000
強化監測追蹤管理體系	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000
快速應變阻止持續傳播	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000
七、擴展國際合作	-	-	-	-	-
總計	1,819,729	1,885,754	1,928,159	1,997,903	2,065,611

備註：

1. 資本門每年經費 4,500 千元，用於篩檢服務設備（四、目標族群主動篩檢發現及早介入項下）2,500 千元及強化監測系統（六、監測群聚或突發事件及應變項下）2,000 千元。
2. 有關愛滋醫療費用計算基準，乃以 2019 年健保申請資料服藥個案平均每年醫療費用約 20 萬元/人、未用藥個案平均每年醫療費用約 3 萬元/人，並依據目前國內新通報感染人數趨勢和服藥情形進行估算：
 - (1) 支付服藥 2 年內之個案人數預估分別為 2022 年（3,796 人）、2023 年（3,788 人）、2024 年（3,650 人）、2025 年（3,500 人）、2026 年（3,350 人）。
 - (2) 支付未用藥個案醫療費用：預估分別為 2022 年（960 人）、2023 年（769 人）、2024 年（656 人）、2025 年（519 人）、2026 年（344 人）。
 - (3) 部分負擔：支付每名個案部分負擔費用約為 8,300 元/人/年，預估人數分別為 2022 年（31,893 人）、2023 年（33,518 人）、2024 年（35,118 人）、2025 年（36,681 人）、2026 年（38,206 人）。
 - (4) 其他：
 - A. 針對各篩檢對象（孕婦、性病患者、藥癮者等）進行愛滋病毒初步篩檢（225 元/人），預估每年提供約 32 萬人次愛滋病毒篩檢服務，初步檢驗陽性者需再進行確認檢驗。
 - B. 自我篩檢計畫，預估費用約 300 元/人次，所需經費約 8,747 千元/年。
 - C. 暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）計畫，係考量目前 PrEP 藥物服用方式（需經醫師評估後，採「每日服用 Daily PrEP」或「依需求時使用 On-Demand PrEP」），並為兼顧提供民眾服務及考量道德風險之疑慮，爰採用部分補助民眾 PrEP 藥費、提供醫院個案管理費等方式推動 PrEP 計畫，預估補助費用約 60 千元/人/年。
 - D. 愛滋醫療品質提升及個案管理計畫，費用約需 81,933 千元/年。
 - E. 藥癮愛滋替代治療醫療費用，約需 40,000 千元/年；
 - F. 維護用藥品質及抗藥性檢測相關費用，約需 40,000 千元/年。
3. 衛生福利部對地方政府傳染病防治計畫經費之補助比率上限，係依據『中央對直轄市及縣（市）政府補助辦法』之規定，以及行政院主計總處核定之『直轄市及縣（市）政府財力級次表』辦理。財力級次屬於第一級之縣市政府，不另予補助經費；其餘財力級次屬於第二級至第五級之縣市，補助比率上限分別為 75%、80%、85%及 90%。並由各縣市政府於提報年度傳染病防治計畫時敘明已編列相應之預算，以協力推行愛滋防治措施。
4. 地方政府部分：循預算編列程序籌編縣市愛滋防治經費，並依據「中央對直轄市及縣（市）政府補助辦法」規定，每年編列總計約 600 萬至 650 萬元相對配合款支應。
5. 有關去歧視策略項目，係為強化去歧視策略相關作為採獨立章節呈現，惟相關經費規劃係內含於本計畫之「增強預防性方案之衛教知能促進及推廣計畫」，透過跨單位合作共同推動愛滋防治衛教及去歧視宣導，提升社會大眾對於愛滋防治之正確認知，最終達成去歧視目標，爰未獨立編列經費。
6. 有關擴展國際合作項目，係為使我國愛滋防治策略與國際接軌，惟相關經費規劃係內含於本計畫之「增強預防性方案之新式預防工具之導入」、「目標族群主動篩檢發現及早介入之愛滋感染者伴侶篩檢服務」等項下，並配合本部辦理傳染病防治國際合作交流業務或防疫相關國際研討會等，依實際需求及規劃主題辦理，爰未獨立編列經費。

三、經費需求（含分年經費）及中程歲出概算配合情形

（一）經費需求

1. 本計畫執行期間為 2022 年至 2026 年，所需經費共為 9,697,156 千元（不含人事費）。按年度分，2022 年度所需經費為 1,819,729 千元，2023 年度所需經費為 1,885,754 千元，2024 年度所需經費為 1,928,159 千元，2025 年度所需經費為 1,997,903 千元，2026 年度所需經費為 2,065,611 千元。另其他機關（單位）分工辦理部分，應由各機關自行編列預算支應。
2. 前列經費將逐年提出先期作業計畫，並經預算編列程序核定後辦理。

（單位：千元）

年度項目	2022	2023	2024	2025	2026	總計
經常門	1,815,229	1,881,254	1,923,659	1,993,403	2,061,111	9,674,656
資本門	4,500	4,500	4,500	4,500	4,500	22,500
合計	1,819,729	1,885,754	1,928,159	1,997,903	2,065,611	9,697,156

（二）與中程歲出概算額度配合情形

本計畫所需經費之計算基準係依未來推廣工作所需項目進行估算與編列，並於逐年辦理年度先期作業計畫及編製年度概算時，配合檢討經費需求，調整資源分配並依法定預算數調整修正計畫經費。另依年度作業計畫及疫情之實際需求，適時調配資源及經費。

陸、預期效果及影響

經由本計畫之推行，投入足夠資源，使我國愛滋防治成果能接軌國際甚至領先國際，預期效果及影響如下：

- 一、本計畫呼應世界衛生組織 2030 年消除愛滋全球計畫目標，訂定至 2026 年逐步達成降低愛滋新通報感染人數至 1,200 人/年及整體績效指標「已感染者達病毒量測不到的比率」達 86%。另聯合國將愛滋病發生率指標列入 17 個永續發展目標之一以做為重要國家發展指標，故藉由推展防治策略降低愛滋病發生率，將可提升我國形象，提高國際競爭力，並吸引外資投資及國際人才來臺交流。
- 二、透過各防疫單位落實愛滋防治之角色與權責，整合全國愛滋防治資源，以提高管理效能及執行效率。
- 三、透過政府各部會、醫療機構、民間團體及私人企業等全面推動愛滋去歧視與性別友善宣導，促使更多人瞭解有關愛滋預防、篩檢及治療等衛教資訊，降低對愛滋的恐懼及污名，提升對於愛滋感染者的同理、接納與關懷，逐步建立社會大眾正確認知愛滋防治的公民力量，最終達成 UNAIDS 提出 2030 年「零感染、零死亡、零歧視」的願景。
- 四、擴大暴露愛滋病毒前預防性投藥 (PrEP) 之服藥人數，使感染高風險行為族群有效預防愛滋感染。
- 五、透過與地方政府衛生局及民間團體合作，提供多元場域愛滋篩檢諮詢及衛教宣導服務，擴大篩檢服務量能及涵蓋率，提供高感染風險行為族群及一般民眾多元篩檢管道及衛教諮詢服務，並導入新式診斷檢驗工具，縮短檢驗空窗期，加速確診時效，及早發現潛在感染者，迅速診斷及時銜接治療，降低失聯比率，減少疫情傳播。

- 六、強化確診陽性感染者轉介醫療照護服務，並透過公衛端及醫療端完善的個案管理及追蹤關懷服務，促使感染者就醫治療達愛滋病毒量測不到，達到「治療即預防 (Treatment as prevention, TasP)」的最大效益。
- 七、整體愛滋新通報感染個案數減少，有效擷節健保支付愛滋感染治療相關醫療費用，促使政府財政資源得以進行更妥適之配置。
- 八、強化監測追蹤管理，提升公衛應變能力與量能，主動偵測疫情與群聚事件，及時阻止愛滋疫情傳播。
- 九、擴展國際合作，分享我國愛滋防治經驗與成果，提高國際能見度，並促進防疫經驗交流與新知分享，使我國愛滋防治策略與國際接軌。

柒、財務計畫

一、資金籌措來源

本計畫經費依中央主管相關法令規定，透過每年依循公務預算編列程序辦理，並積極與國際組織（如：APEC 等）、國內各機關或地方政府等合作單位，爭取經費之挹注。

二、經費負擔原則

本計畫係屬中央政府主辦計畫，其經費依中央主管機關相關法令規定予以規劃及運用。

三、年度預算安排

- (一) 本計畫各項工作內容經費分配權重(請參閱各項工作內容經費分配權重表)。
- (二) 本計畫所需經費之計算基準係依未來推廣工作所需項目進行估算與編列，並將於逐年辦理年度先期作業計畫及編製年度概算時，配合檢討經費需求，調整資源分配並依法定預算數調整修正計畫經費。另依年度作業計畫及疫情之實際需求，適時調配資源及經費。

四、經資比規劃

本計畫非屬政府公共建設計畫，且非自償性質，故計畫總經費可不受經常門不得超過資本門之二分之一規範。

各項工作內容經費分配權重表（單位：千元）

工作項目內容	執行年度					經費 配比	各項策略執行內容
	2022	2023	2024	2025	2026		
一、強化防疫基礎建設及跨單位與民間組織之防治網絡							
小計	44,000	44,000	44,000	44,000	44,000	2.3%	
落實中央與地方政府合作及分工	27,300	27,300	27,300	27,300	27,300		「愛滋病防治及感染者權益保障會」、工作小組會議委員出席費及行政事務費 補助縣市專案計畫費用 縣市考評獎勵制度
加強公衛及醫療體系之連結	200	200	200	200	200		補助公衛端及醫療端溝通開會費用
結合民間團體拓展防治網絡	16,500	16,500	16,500	16,500	16,500		補助民間團體
二、去歧視策略							
（為強化去歧視策略相關作為採獨立章節呈現，惟相關經費規劃係內含於本計畫之「增強預防性方案之衛教知能促進及推廣計畫」，透過跨單位合作共同推動愛滋防治衛教及去歧視宣導，提升社會大眾對於愛滋防治之正確認知，最終達成去歧視目標，爰未獨立編列經費）							
三、增強預防性方案							
小計	130,000	130,000	130,000	130,000	130,000	6.7%	
衛教知能促進及推廣計畫	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000		一般大眾宣導 世界愛滋病日宣導 去歧視法規評估 政策擬定及示範機構執行

工作項目內容	執行年度					經費 配比	各項策略執行內容
	2022	2023	2024	2025	2026		
新式預防工具之導入	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000		新式預防工具之導入
擬定行為介入計畫	90,000	90,000	90,000	90,000	90,000		藥癮愛滋減害計畫、性傳染病品質提升、預防母子垂直感染、同志健康服務中心、年輕族群介入計畫
四、目標族群主動篩檢發現及早介入							
小計	103,000	103,000	103,000	103,000	103,000	5.3%	
導入新式診斷檢驗工具	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000		引進及發展新式/快速等精密檢驗 診斷技術 檢驗方法改良研究 檢驗人才培訓 實驗室品質監控
篩檢服務（醫療機構、社區基礎及自我篩檢等）	85,000	85,000	85,000	85,000	85,000		匿名篩檢計畫 自我篩檢計畫 特定族群篩檢計畫 補助辦理外展篩檢計畫 發展、設置及維護篩檢管理 APP
愛滋感染者之伴侶篩檢服務	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000		陽性個案介入方案 專業人員、伴侶服務培訓計畫

工作項目內容	執行年度					經費 配比	各項策略執行內容
	2022	2023	2024	2025	2026		
五、儘速連結照護治療體系及個案管理							
小計	1,536,729	1,602,754	1,645,159	1,714,903	1,782,611	85.4%	
醫療費用	828,000	820,555	789,680	756,455	721,505		愛滋個案醫療費用
部分負擔	264,712	278,199	291,479	304,448	317,106		部分負擔費用
擴大暴露愛滋病毒前預防性投藥 (PrEP) 計畫	240,000	300,000	360,000	450,000	540,000		擴大暴露愛滋病毒前預防性投藥 (PrEP) 計畫
其他	204,017	204,000	204,000	204,000	204,000		(包括：nPEP、抗藥性檢測、孕 婦愛滋篩檢、性病及藥癮個案愛滋 篩檢、愛滋個管計畫、藥癮愛滋替 代治療等)
六、監測群聚或群突發事件及應變							
小計	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	0.3%	
強化監測追蹤管理體系	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000		強化監測追蹤管理體系
快速應變阻止持續傳播	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000		疫情調查、人才培訓
七、擴展國際合作							
(為使愛滋防治策略與國際接軌，相關經費規劃係內含於本計畫之「增強預防性方案之新式預防工具之導入」、「目標族群主動篩檢發現及早介入之愛滋感染者伴侶篩檢服務」等項下，並配合本部辦理傳染病防治國際合作交流業務或防疫相關國際研討會等，依實際需求及規劃主題辦理，爰未獨立編列經費)							
總計	1,819,729	1,885,754	1,928,159	1,997,903	2,065,611		9,697,156

備註 1：加強業務研究與發展新策略另透過整合型計畫爭取預算辦理相關事宜。

備註 2：資本門每年經費 4,500 千元，用於篩檢服務設備（四、目標族群主動篩檢發現及早介入項下）2,500 千元及強化監測系統（六、監測群聚或突發事件及應變項下）2,000 千元。

捌、附則

一、風險管理

依據「行政院所屬各機關風險管理及危機處理作業基準」之規範，針對「風險評估」之定義，進行下列要項之評估：

(一) 風險辨識 (發掘可能發生風險之事件及其發生之原因和方式)

本計畫未來可能受到「疾病特性」、「尚無治癒之藥物」、「整體防治經費不足，影響防治成效」等因素，造成整體計畫無法順利推展，最終致使國內愛滋疫情無法達成計畫目標並有效控制，相關因素摘要說明如下：

1. 疾病特性：

愛滋病毒主要係透過體液傳播，其傳染途徑為不安全性行為、血液及體液接觸、母子垂直感染，目前國內最主要之傳染途徑為不安全性行為，雖然大家都知道保險套是預防愛滋感染之最佳方式，但實際上可能因為可近性、神志狀態不清等原因，常常未能如預期於性行為過程中正確使用保險套，亦增加感染風險。而檢測是否感染愛滋病毒，檢驗空窗期因檢驗試劑而異，且感染愛滋病毒後不會馬上出現症狀，大部分民眾如不自覺有感染風險，亦不會接受相關檢驗，可能到身體出現症狀才會就醫，在不知道自身感染狀態的情況下，亦容易將愛滋病毒傳染給他人。

目前愛滋病毒感染之年齡層分布以15-34歲年輕族群為最多，如感染愛滋後遵照醫囑服藥，可以擁有與一般人無異之平均餘命或生活品質，但感染後仍對個人及家庭造成心理壓力，對國家之醫療費用支出亦造成衝擊，並排擠其他防疫經費。

2. 尚無可治癒之藥物：

雖然我國自 1997 年起即由政府提供雞尾酒療法，並於 2015 年遵照國際指引導入診斷即刻治療，引進三種國際推薦、每日一次且副作用低的三合一複方藥品，提高愛滋感染者服藥遵從性，使得愛滋感染者的發病率及致死率明顯下降，亦大幅地延長感染者之壽命，但目前仍無可治癒愛滋之藥物，使得愛滋防治成效仍受到限制。

3. 整體防治及醫療經費不足，影響防治成效延宕及新技術導入時機：

自 2015 年起，愛滋條例第 16 條規定，愛滋感染者自確診開始服藥後 2 年內之醫療費用及自確診後之部份負擔費用，皆由本部疾病管制署公務預算支出，2 年後之相關醫療費用則由全民健康保險支應。但因為每年感染者仍持續增加，醫療費用亦逐年成長，造成國家財政負擔，亦排擠愛滋及其他疾病之防疫經費，若防疫經費及資源無法到位，將導致較新穎的防治策略或檢驗技術難以積極推展，或無法擴大 PrEP 服務量能及涵蓋率以有效保護高風險族群免於愛滋病毒感染，甚或無法提供更快速有效的介入措施，及早進行疫情監控防堵，影響防治成效。

4. 因應全球不確定疫情，如嚴重特殊傳染性肺炎 (COVID-19)，可能影響民眾取得愛滋篩檢、預防與治療藥物：

自 2020 年起，全球 COVID-19 疫情蔓延，而因應 COVID-19 疫情爆發所實施的限制移動、實名（聯）制、醫療院所因疫情封院或調整服務時數等措施，可能影響愛滋醫療服務，或部分常規辦理之愛滋篩檢場次停辦或延期、以及愛滋感染者與高風險族群因害怕感染 COVID-19 或顧慮其隱私可能因實名（聯）制而暴露，因而未能規律篩檢、接受治療、或取得預防或治療藥物出現困難及障礙，增加愛滋防治難度。

(二) 風險分析 (系統性運用有效資訊，以判斷特定事件發生之可能性及其影響之嚴重程度)

1. 政府形象部分：

我國整體新通報感染人數倘無法有效控制並跟上國際腳步，將造成愛滋疫情發生率等基礎指標遠遠落後其他國家，影響永續發展目標排名，其他國家恐誤認臺灣為不健康的居住環境及傳染病防治執行不力等，將重挫我國整體競爭力及國際形象，間接亦影響企業投資之信心，損失之投資金額恐無法估計。

此外，近年發生愛滋感染者就學權、工作權受損等事件，導因於部分民眾對於愛滋仍不甚瞭解，並具有負面之烙印，致發生無謂之恐慌及非理性反應，部分民眾訴諸媒體，使得事件處理更加複雜化，倘防疫作為不夠嚴謹及即時，或無法有效進行衛教與溝通時，將導致政府形象及民眾對於防疫能力之信任感受到嚴重傷害。

2. 人員傷亡部分：

雖然愛滋病毒感染已經可以透過抗病毒藥物治療進而控制病情，但仍為一無法治癒之慢性傳染病，根據聯合國愛滋規劃署統計，全球 2018 年仍有 77 萬人死於愛滋或其相關原因。而我國 2019 年亦有 92 人因愛滋病死亡，倘愛滋患者合併罹患糖尿病、結核病、慢性腎臟疾病等共病因素，將提高愛滋治療期間死亡之風險。此外，個案如未接受治療，則可能很快發病而導致死亡，但若感染者沒有持續就醫定期接受治療，亦可能產生抗藥性，不僅增加死亡之風險，亦提高防疫上之困難度。

3. 民眾抗爭部分：

由於民眾對於愛滋或相關防疫政策仍有許多不了解，因此仍

有零星愛滋感染者受到歧視或不公平對待的情事，每當爆發愛滋相關新聞事件，均會引起媒體及民眾關注，而本部疾病管制署設有 1922 疫情通報諮詢專線及陳情信箱等管道，民眾可以透過這些管道，表達對於政府處理之不滿及想法，本部疾病管制署亦會統一回應，以解決民眾之疑惑並安撫其情緒。

4. 財物損失部分：

本計畫倘無充足預算支應，至無法順利推展，若以 1 位愛滋感染者之醫療利用之直接成本、社會生產力損失以及發病個案未來經濟損失等間接成本估計約 1,197 萬元，新通報感染者人數如仍維持 2,000 人左右，將每年有 239 億元之耗損，並將造成國家競爭力衰退，影響國際形象。

5. 目標達成部分：

預估我國愛滋防治工作成效，倘僅維持現有防治資源條件，無法推行更新穎、更全面之防治工作，若要以聯合國愛滋規劃署預估於 2030 年達到 95-95-95 為目標，以 2019 年國內之狀況為 88%知道自己已感染、感染者有 92%服藥、接受治療者有 95%的人病毒受到控制，如果要達到 95-95-95 之目標，勢必要投入更多之資源及經費，才能有機會達到。

(三) **風險評量** (決定風險管理先後順序之步驟，將風險與事先制定標準比較，決定等級)

倘無法有效推行我國愛滋防治工作，經風險圖像評估風險等級結果顯示，影響程度屬「非常嚴重」；發生機率屬「可能發生」。

表、風險圖像

非常嚴重 (3)		2030 消除愛滋	
嚴重 (2)			
輕微 (1)			
影響程度 可能性	幾乎不可能 (1)	可能 (2)	幾乎確定 (3)

(四) 風險處理

風險項目	風險情境	現有控制機制	現有風險分析		風險值 (R) = (L) x (I)	新增控制機制	殘餘風險分析		殘餘風險值 (R) = (L) x (I)
			可能性 (L)	影響程度 (I)			可能性 (L)	影響程度 (I)	
無法達成 2030 消除愛滋之目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 目標族群未能及時篩檢、轉介就醫治療，導致疫情上升。 2. 防疫人才不足/斷層，影響防疫品質。 3. 整體醫療費用及防治經費不足，延宕醫療及新技術導入時機。 4. 受到特殊疫情（如：COVID-19）影響，民眾取得愛滋篩檢、預防與治療藥物之困難度增加。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 針對目標族群持續推動愛滋預防、篩檢與治療，藉以降低新增感染人數。 2. 持續培育我國愛滋防治人才。 3. 透過本期計畫爭取防疫預算。 4. 因應疫情研擬相關應變策略，確保愛滋防治相關服務措施不中斷。 	2	3	6	<ol style="list-style-type: none"> 1. 重新檢視無法達到預期目標之原因，評估是否需調整現行防治策略及推動之對象與目標。 2. 持續爭取計畫經費，並在有限之預算額度內，重新盤點防疫策略推動之首要目標族群，並設定執行範圍。 3. 結合醫療院所、民間團體及政府單位，持續培育臨床、醫護及檢驗等防疫人才，避免因人才不足/斷層影響防疫品質。 4. 積極擴大多元愛滋篩檢及諮詢服務管道，提升愛滋篩檢可近性，讓高風險族群或潛在愛滋感染者於疫情下仍能積極掌握自身愛滋感 	2	2	4

風險項目	風險情境	現有控制機制	現有風險分析		風險值 (R) = (L) x (I)	新增控制機制	殘餘風險分析		殘餘風險值 (R) = (L) x (I)
			可能性 (L)	影響程度 (I)			可能性 (L)	影響程度 (I)	
						染狀態，以及早發現、及早就醫治療。此外，因應疫情，醫事機構可能減少服務時數，感染者領藥服務可由鄰近愛滋指定藥局或醫事機構支援，或由個案師協助個案轉至其他醫療院所就醫等；至有關 PrEP 服務，規劃至愛滋指定醫事機構合作之診所或同志健康中心等地點提供服務。			

二、相關機關配合事項

為維護國人健康，考量政府經費及人力有限，各領域的專業能力亦有所不同，中央與地方政府之間具有良好的溝通協調機制，方能達成目標。因此，必需結合跨部會及民間資源，動員社會組織及民眾力量，方能完備我國愛滋防治策略。有關中央各部會分工事項說明如下：

部會/單位	配合事項
內政部	
內政部 所屬部門	<p>一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。</p> <p>二、辦理役男徵兵體格檢查時，於內政部會商衛福部指定之役男體檢醫院，在體檢流程中辦理愛滋防治宣導教育，如播放宣導影片、發放宣導資料等，並協調指定之檢查醫院善盡告知責任，取得當事人同意後進行愛滋血液檢測。而對於檢查時發現疑似感染個案，由檢查醫院依傳染病通報原則，通報衛生主管機關，以辦理後續愛滋防治相關事宜。</p> <p>三、加強替代役役男愛滋防治教育宣導，將愛滋、性病及其他傳染病防治納入宣導，以維護替代役役男之健康及服役安全。</p> <p>四、針對第一線消防救護工作人員辦理愛滋防治相關課程，內容應包括感染者權益保障內容，並列入人員交接班注意事項，以避免發生感染者身分曝光情事。</p> <p>五、配合縣市政府聯合稽查小組辦理八大行業稽查，當警方查獲之性工作者及其相對人、施用或販賣毒品者，通知衛生單位辦理愛滋病毒及其他性病防治講習及提供篩檢諮詢與衛教。</p> <p>六、警政單位與本部合作擴大辦理警察人員協助相關防治</p>

部會/單位	配合事項
	<p>計畫，應要求各警察機關利用常年訓練、聯合勤教或配合本部辦理愛滋防治宣導講習時，通知所屬員警參與。</p> <p>七、宣導「愛滋篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）」等愛滋防治衛教資訊。</p> <p>八、提升愛滋自我篩檢之可近性，必要時與衛生福利部討論於所轄單位或役政署替代役訓練班配合設置自我篩檢試劑自動服務機之可行性。</p>
國防部	
<p style="text-align: center;">國防部 所屬部門</p>	<p>一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。</p> <p>二、各軍及新訓單位辦理感染個案停除役業管人員，應注意個人隱私及權益；新訓單位於感染個案退、離營時給予相關衛教單張、手冊等資訊，以強化個人防治工作。</p> <p>三、加強各軍種現役軍人、義務役新兵、軍事學校學生、軍醫人員等之愛滋防治宣導。</p> <p>四、針對離、退營官兵，運用退伍座談會及衛生教育時機，給予相關衛教單張、手冊、就醫權利等諮詢資訊，強化其認識愛滋預防方法及保護自己之知能。</p> <p>五、宣導「愛滋篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）」等愛滋防治衛教資訊。</p> <p>六、提升愛滋自我篩檢之可近性，必要時與衛生福利部討論於所轄單位配合設置自我篩檢試劑自動服務機之可行性。</p>

部會/單位	配合事項
外交部	
外交部 所屬部門	<p>一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。</p> <p>二、於外派人員行前講習課程納入愛滋防治教育，並加強駐外人員對愛滋防治工作重要性的認識。</p> <p>三、駐外相關館處辦理「外籍配偶入國前輔導講習」時，加入愛滋防治與權益保障等課程，並提供諮詢服務。</p> <p>四、因應愛滋防治及感染者權益保障條例修法後，外籍人士入境不再需要接受愛滋篩檢，請加強外籍人士及外籍配偶於母國篩檢愛滋之宣導。</p> <p>五、協助透過政府及非政府間國際組織之管道，積極參與相關區域或多邊合作計畫，協助推動我國與其他國家愛滋防治經驗交流。</p> <p>六、宣導「愛滋篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥 (PrEP)」等愛滋防治衛教資訊。</p>
教育部	
教育部 所屬部門	<p>一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。</p> <p>二、各校應建立諮詢窗口以提供愛滋及其他性病篩檢資訊，對於請求協助學生資料加以保密，並透過相關學校社團及民間團體合作，藉由同儕影響力量提供貼近學生需求的協助及支持。</p> <p>三、各級學校應實施愛滋及其他性病防治預防教育課程師資培訓，提升相關教師之相關課程教學能力，結合多樣化與貼近學生之教學方式，並進行成效評估。</p> <p>四、鼓勵大專院校開設藥物濫用及愛滋防治通識課程，以推動校園反毒、愛滋防治教育，並培訓種子師資於校內落</p>

部會/單位	配合事項
	<p>實防治教育工作。</p> <p>五、鼓勵高中職以上學校（尤其大專院校），結合同志諮詢或性別實務相關專業之民間團體資源或專家學者入校宣導，將同志友善、安全性行為等列為重要宣導內涵，加強學生性別認同、身體保護知能及愛滋防治觀念。</p> <p>六、對於各級學校之師生，加強愛滋防治宣導講座，並於校內辦理愛滋防治相關競賽及活動，以提升學校師生對於愛滋防治之重視及認知。</p> <p>七、辦理高級中等以下學校及幼兒園教師愛滋防治與性教育研習。</p> <p>八、各級學校應利用家長會、親職教育、家庭訪問或其他有家長參加之活動，伺機實施愛滋防治宣導，並呼籲家長共同參與愛滋防治工作，以增加輔導成效。</p> <p>九、宣導「愛滋篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）」等愛滋防治衛教資訊。</p> <p>十、提升愛滋自我篩檢之可近性，必要時與衛生福利部討論於所轄單位或大專院校配合設置自我篩檢試劑自動服務機之可行性。</p>

部會/單位	配合事項
法務部	
<p>法務部 所屬部門</p>	<p>一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。</p> <p>二、提升所屬機關（包括檢察機關、矯正機關）之業務相關及行政人員之愛滋防治正確認知，並針對愛滋感染者個人資料保密及愛滋相關之法治權益宣導。</p> <p>三、編列收容人篩檢愛滋檢驗費用，協同衛生單位或醫事機構進行各矯正機關收容人毒品防治、愛滋防治教育宣導、方案推動及篩檢。</p> <p>四、各地方檢察署針對一般民眾辦理反毒宣導、法治教育等業務時，適時加入愛滋感染者法治權益之宣導。</p> <p>五、宣導「愛滋篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）」等愛滋防治衛教資訊。</p> <p>六、提升愛滋自我篩檢之可近性，必要時與衛生福利部討論於所轄單位配合設置自我篩檢試劑自動服務機之可行性。</p>
經濟部	
<p>經濟部 所屬單位</p>	<p>一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。</p> <p>二、針對特定目的事業營業場所之從業業者，定期提供合法新設立名冊供各縣市政府單位辦理講習，並請於講習時針對愛滋防治及感染者就業權益維護等加強宣導。</p> <p>三、配合於各產業相關工業同業公會召開會員大會時，針對各產業及企業領袖或高階主管進行愛滋防治及權益保障相關宣導，並就感染者就業權益維護等加強宣導。</p> <p>四、配合加工出口區保健所辦理活動及愛滋防治與感染者就業權益維護等宣導。</p>

部會/單位	配合事項
	<p>五、宣導「愛滋篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥 (PrEP)」等愛滋防治衛教資訊。</p> <p>六、提升愛滋自我篩檢之可近性，必要時與衛生福利部討論於所轄單位或工業區配合設置自我篩檢試劑自動服務機之可行性。</p>
交通部	
<p>交通部 所屬單位</p>	<p>一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。</p> <p>二、強化領隊及導遊人員對於愛滋防治觀念，進而協助愛滋防治宣導工作。</p> <p>三、委託各縣市旅館公會辦理研習訓練時，持續加強對旅館業者從業人員對愛滋防治之宣導。</p> <p>四、宣導「愛滋篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥 (PrEP)」等愛滋防治衛教資訊。</p>
勞動部	
<p>勞動部 所屬部門</p>	<p>一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。</p> <p>二、就業服務人員與替代治療執行機構或愛滋病指定醫院合作，於醫院內提供駐點服務，以增加服務之可近性，並適時提供相關職業訓練課程及符合免費參加訓練對象範圍等資訊。</p> <p>三、於職業安全衛生人員之安全衛生教育訓練課程納入愛滋防治之課程，俾其於職場協助雇主強化愛滋病預防之宣導及提供勞工權益維護諮詢之管道。</p> <p>四、因應愛滋條例修法後，外籍移工入境不再需要接受愛滋篩檢，請針對外籍移工來源國及仲介業者加強外籍移工來台於母國篩檢愛滋之宣導。</p>

部會/單位	配合事項
	<p>五、宣導「愛滋篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥 (PrEP)」等愛滋防治衛教資訊。</p> <p>六、提升勞工(含外籍移工)愛滋自我篩檢之可近性,必要時與衛生福利部討論於所轄單位配合設置自我篩檢試劑自動服務機之可行性。</p>
衛生福利部	
衛生福利部 所屬部門	<p>一、檢視權管法令與規定,是否存有污名之虞,並加以修正。</p> <p>二、督導兒少安置教養、老人福利及身心障礙福利機構之工作人員,加強辦理愛滋防治及感染者權益保障研習課程或教育宣導活動。</p> <p>三、督導兒少安置教養、老人福利及身心障礙福利、護理之家、長照機構及精神照護機構等所屬機構,落實愛滋條例之相關規定,不得拒絕提供感染者服務及給予感染者不公平之待遇及歧視。</p> <p>四、宣導「愛滋篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥 (PrEP)」等愛滋防治衛教資訊。</p>
行政院其他單位	
農業 委員會	<p>一、檢視權管法令與規定,是否存有污名之虞,並加以修正。</p> <p>二、於各項漁船船員訓練課程內納入愛滋及性傳染病防治及感染者權益保障之相關訓練課程。</p> <p>三、於辦理農、漁會及家政班研習課程,納入愛滋防治宣導內容。</p> <p>四、宣導「愛滋篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥 (PrEP)」等愛滋防治衛教資訊。</p>

部會/單位	配合事項
大陸委員會	<p>一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。</p> <p>二、加強臺商及中國大陸配偶之愛滋與性傳染病防治宣導。</p> <p>三、於所屬單位辦理相關訓練課程、演講或活動時，納入愛滋防治宣導等內容。</p> <p>四、宣導「愛滋篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）」等愛滋防治衛教資訊。</p>
原住民族委員會	<p>一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。</p> <p>二、於所屬單位辦理相關訓練課程、演講或活動時，納入愛滋防治宣導等內容。</p> <p>三、於原住民族衛生保健服務計畫內，針對機關自辦訓練加強辦理愛滋病權益保障宣導工作，以提供族人相關協助與關懷。</p> <p>四、宣導「愛滋篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）」等愛滋防治衛教資訊。</p> <p>五、提升愛滋自我篩檢之可近性，必要時與衛生福利部討論於所轄單位或原民鄉配合設置自我篩檢試劑自動服務機之可行性。</p>
其他	
各縣市政府	提出縣市在地化愛滋防治計畫，執行及評估在地化愛滋防治成效，同時有效率進行人力調度作業，以發揮最大工作成效。
相關學術及社會團體	與學術及衛生單位共同辦理愛滋防治教育宣導、學術研究、疾病偵測及國際交流合作等事宜。
各級醫療院所	負責民眾諮詢、衛教與篩檢或愛滋感染者個案診斷、門診及住院治療與追管照護事宜，協同主管機關提高醫療、檢驗品質、追蹤管理及進行相關教學、研究。

三、替選方案之分析及評估

本計畫係為我國唯一訂定之愛滋防治計畫，具獨特性，且目前尚無治癒的藥物，若無法有效遏止愛滋疫情傳播，將影響國家財政及青壯族群之生產力，因此本計畫具有不可替代之特性，尚無可替選之方案。假若整體經費受限，將造成本計畫之防疫工作執行困難，故亟需挹注充足經費持續支應，以確保我國愛滋防治工作能順遂推動。

四、中長程計畫自評檢核表及性別影響評估檢核表（如附表一、二）

附表一

中長程個案計畫自評檢核表

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
1、計畫書格式	(1)計畫內容應包括項目是否均已填列(「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」(以下簡稱編審要點)第5點、第10點)	✓		✓		本計畫非屬新興重大公建計畫。
	(2)延續性計畫是否辦理前期計畫執行成效評估,並提出總結評估報告(編審要點第5點、第13點)	✓		✓		
	(3)是否本於提高自償之精神提具相關財務策略規劃檢核表?並依據各類審查作業規定提具相關書件		✓		✓	
2、民間參與可行性評估	是否填寫「促參預評估檢核表」評估(依「公共建設促參預評估機制」)		✓		✓	
3、經濟及財務效益評估	(1)是否研提選擇及替代方案之成本效益分析報告(「預算法」第34條)	✓		✓		
	(2)是否研提完整財務計畫	✓		✓		
4、財源籌措及資金運用	(1)經費需求合理性(經費估算依據如單價、數量等計算內容)	✓		✓		本計畫非屬新興重大公建計畫,故未進行(2)、(5)、(6)內容之描述。
	(2)資金籌措:本於提高自償之精神,將影響區域進行整合規劃,並將外部效益內部化		✓		✓	
	(3)經費負擔原則: a.中央主辦計畫:中央主管相關法令規定 b.補助型計畫:中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法、本於提高自償之精神所擬訂各類審查及補助規定	✓		✓		
	(4)年度預算之安排及能量估算:所需經費能否於中程歲出概算額度內容納加以檢討,如無法納編者,應檢討調減一定比率之舊有經費支應;如仍有不敷,須檢附以前年度預算執行、檢討不經濟支出及自行檢討調整結果等經費審查之相關文件	✓		✓		
	(5)經資比1:2(「政府公共建設計畫先期作業實施要點」第2點)		✓		✓	
	(6)屬具自償性者,是否透過基金協助資金調度		✓		✓	
5、人力運用	(1)能否運用現有人力辦理	✓		✓		無增列人力需求。
	(2)擬請增人力者,是否檢附下列資料: a.現有人力運用情形 b.計畫結束後,請增人力之處理原則 c.請增人力之類別及進用方式 d.請增人力之經費來源		✓		✓	
6、營運管理計畫	是否具務實及合理性(或能否落實營運)		✓		✓	不適用。

中和期身聯

富貴學

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
7、土地取得	(1)能否優先使用公有閒置土地房舍		√		√	不適用。
	(2)屬補助型計畫，補助方式是否符合規定 (中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法第10條)		√		√	
	(3)計畫中是否涉及徵收或區段徵收特定農業區之農牧用地		√		√	
	(4)是否符合土地徵收條例第3條之1及土地徵收條例施行細則第2條之1規定		√		√	
	(5)若涉及原住民族保留地開發利用者，是否依原住民族基本法第21條規定辦理		√		√	
8、風險管理	是否對計畫內容進行風險管理	√		√		
9、環境影響分析 (環境政策評估)	是否須辦理環境影響評估		√		√	本計畫非環境政策，故不適用。
10、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	√		√		
11、無障礙及通用設計影響評估	是否考量無障礙環境，參考建築及活動空間相關規範辦理		√		√	本計畫未涉及興建工程，故不適用。
12、高齡社會影響評估	是否考量高齡者友善措施，參考WHO「高齡友善城市指南」相關規定辦理	√		√		
13、涉及空間規劃者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		√		√	本計畫未涉及空間規劃，故不適用。
14、涉及政府辦公廳舍興建購置者	是否納入積極活化閒置資產及引進民間資源共同開發之理念		√		√	本計畫未涉及政府辦公廳舍興建購置，故不適用。
15、跨機關協商	(1)涉及跨部會或地方權責及財務分攤，是否進行跨機關協商		√		√	本計畫未與其他部會財務分攤，故不適用。
	(2)是否檢附相關協商文書資料		√		√	
16、依碳中和概念優先選列節能減碳指標	(1)是否以二氧化碳之減量為節能減碳指標，並設定減量目標		√		√	本計畫未涉及建築/採購，故不適用。
	(2)是否規劃採用綠建築或其他節能減碳措施		√		√	
	(3)是否檢附相關說明文件		√		√	
17、資通安全防护規劃	資訊系統是否辦理資通安全防护規劃	√		√		

主辦機關核章：承辦人

副研究員 蔡宜臻

單位主管

組長 黃彥芳

首長

衛生福利部
疾病管制署 周志浩

主管部會核章：研考主管

綜合規劃司
司長 廖崑富

會計主管

會計處
處長 張育珍

首長

部長 陳時中

中長程個案計畫性別影響評估檢視表【一般表】

【第一部分－機關自評】：由機關人員填寫

【填表說明】各機關使用本表之方法與時機如下：

一、計畫研擬階段

- (一) 請於研擬初期即閱讀並掌握表中所有評估項目；並就計畫方向或構想徵詢作業說明第三點所稱之性別諮詢員（至少1人），或提報各部會性別平等專案小組，收集性別平等觀點之意見。
- (二) 請運用本表所列之評估項目，將性別觀點融入計畫書草案：
 - 1、將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節。
 - 2、將達成性別目標之主要執行策略納入計畫書草案之適當章節。

二、計畫研擬完成

- (一) 請填寫完成【第一部分－機關自評】之「壹、看見性別」及「貳、回應性別落差與需求」後，併同計畫書草案送請性別平等專家學者填寫【第二部分－程序參與】，宜至少預留1週給專家學者（以下稱為程序參與者）填寫。
- (二) 請參酌程序參與者之意見，修正計畫書草案與表格內容，並填寫【第一部分－機關自評】之「參、評估結果」後通知程序參與者審閱。

三、計畫審議階段：請參酌行政院性別平等處或性別平等專家學者意見，修正計畫書草案及表格內容。

四、計畫執行階段：請將性別目標之績效指標納入年度個案計畫管制並進行評核；如於實際執行時遇性別相關問題，得視需要將計畫提報至性別平等專案小組進行諮詢討論，以協助解決所遇困難。

註：本表各欄位除評估計畫對於不同性別之影響外，亦請關照對不同性傾向、性別特質或性別認同者之影響。

計畫名稱：2030年消除愛滋第一期計畫(草案)

主管機關 (請填列中央二級主管機關)	衛生福利部疾病管制署	主辦機關(單位) (請填列擬案機關/單位)	衛生福利部疾病管制署 慢性傳染病組
-----------------------	------------	--------------------------	----------------------

壹、看見性別：檢視本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性，並運用性別統計及性別分析，「看見」本計畫之性別議題。

評估項目	評估結果
1-1【請說明本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性】 性別平等相關法規與政策包含憲法、法律、性別平等政策綱領及消除對婦女一切形式歧視公約(CEDAW)可參考行政院性別平等會網站(https://gec.ey.gov.tw)。	一、本計畫依據「傳染病防治法」及「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」訂定，而依據前述條例第七條規定，主管機關應辦理人類免疫缺乏病毒之防治教育及宣導，其內容應具有性別意識，並著重反歧視宣導，並由機關、學校、團體及大眾傳播媒體協助推行。 二、本計畫與性別平等相關法規列舉如下： <ol style="list-style-type: none"> 1. CEDAW 第12條(女性健康權)、CEDAW 第15號一般性建議、第24號一般性建議第18段、第28號一般性建議第21段。

	<p>2. 《性別平等政策綱領》健康、醫療與照顧篇具體行動措施(三)3.：破除性傳染疾病之性別迷思，以建立正確防治觀念。</p> <p>三、本計畫之政策規劃、服務提供及受益對象未限於特定性別人人口群，且未涉及性別偏見、性別比例差距之可能性。</p>
評估項目	評估結果
<p>1-2【請蒐集與本計畫相關之性別統計及性別分析(含前期或相關計畫之執行結果)，並分析性別落差情形及原因】</p> <p>請依下列說明填寫評估結果：</p> <p>a.歡迎查閱行政院性別平等處建置之「性別平等研究文獻資源網」(https://www.gender ey.gov.tw/research/)、「重要性別統計資料庫」(https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/) (含性別分析專區)、各部會性別統計專區、我國婦女人權指標及「行政院性別平等會—性別分析」(https://gec ey.gov.tw)。</p> <p>b.性別統計及性別分析資料蒐集範圍應包含下列3類群體：</p> <p>①政策規劃者(例如:機關研擬與決策人員；外部諮詢人員)。</p> <p>②服務提供者(例如:機關執行人員、委外廠商人力)。</p> <p>③受益者(或使用)者。</p> <p>c.前項之性別統計與性別分析應盡量顧及不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者，探究其處境或需求是否存在差異，及造成差異之原因；並宜與年齡、族群、地區、障礙情形等面向進行交叉分析(例如：高齡身障女性、偏遠地區新住民女性)，探究在各因素交織影響下，是否加劇其處境之不利，並分析處境不利群體之需求。前述經分析所發現之處境不利群體及其需求與原因，應於後續【1-3找出本計畫之性別議題】，及【貳、回應性別落</p>	<p>一、我國愛滋疫情監測分析</p> <p>(一)我國自1984年通報第1例愛滋病毒(HIV)感染個案以來，截至2019年底，本國籍確診通報HIV感染者累計39,667例，HIV感染者以男性居多，累計37,572例(95%)，女性HIV感染者累計2,095例(5%)，男女性別比為18：1。其中後天免疫缺乏症候群(AIDS)發病數累計18,856例，男性AIDS發病數累計17,815例(94%)、女性AIDS發病數累計1,041例(6%)。HIV感染者累計有6,906例死亡(以全死因統計)，其中男性6,389例(92%)、女性517例(8%)。</p> <p>(二)由歷年疫情趨勢分析，HIV感染通報人數於2005年出現一波高峰，疫情主因是注射藥癮者共用針具或稀釋液，以致HIV感染人數迅速攀升，自2005年推動「藥癮愛滋減害計畫」，藥癮愛滋疫情迅速獲得控制。近年HIV感染個案以不安全性行為為主要感染途徑。透過積極推動愛滋篩檢、診斷即刻服藥、暴露愛滋病毒前預防性投藥(PrEP)等防治策略，近期愛滋疫情自2018年反轉且持續下降，2018年本國籍新確診通報數計1,991例，較2017年(2,511例)減少520例，降幅21%。2019年新確診通報數計1,755例，較2018年減少236例，降幅12%。呼應聯合國愛滋病規劃署(UNAIDS)提出2030年消除愛滋之目標，呼籲各國逐步提升「已感染者達病毒量測不到的比率」，2020年目標值訂為73%(90-90-90乘積)，我國於2019年達成77%(88-92-95)，優於全球平均58%(81-82-88)，防治成效良好。</p>

差與需求】等項目進行評估說明。

d. 未有相關性別統計及性別分析資料時，請將「強化與本計畫相關的性別統計與性別分析」列入本計畫之性別目標（如2-1之f）。

(三) 以2019年新確診通報本國籍HIV感染者(1,755例)進一步分析，男性1,710例(97%)，女性45例(3%)，男女性別比為38：1。其中男性HIV感染者年齡層以20-29歲最多(762例，45%)、其次為30-39歲(550例，32%)；女性HIV感染者年齡層以30-39歲最多(14例，31%)。HIV感染危險因子以不安全性行為為主(95%)，男性HIV感染者的主要危險因子為男男間不安全性行為1,458例(85%)，其次為異性間不安全性行為163例(10%)、注射藥癮者22例(1%)。女性HIV感染者的主要危險因子為異性間不安全性行為40例(89%)，其次為注射藥癮者1例(2%)，母子垂直感染1例(2%)。

(四) 2019年新確診通報本國籍AIDS發病者計1,005人，其中男性970例(97%)，年齡以30-39歲340例為多(35%)、其次為20-29歲295例(30%)。女性AIDS發病者35例，年齡以40-49歲為多(31%)。

(五) 截至2019年本國籍存活感染者服用抗反轉錄病毒藥物共計30,386人，其中男性28,994人(95%)、女性1,392人(5%)。

(六) 弱勢青少年愛滋感染問題：分析近10年(2010-2020年)之24歲以下本國籍新確診通報女性HIV感染者(共49人)，其感染危險因子以異性間不安全性行為為主(90%)，其中50%於通報時已發病，推測可能於未成年時即感染，從其疫調資料發現，部分弱勢青少年感染原因為遭受性侵害或以性來換取金錢。

(七) 社會大眾對於愛滋感染者仍存有污名與歧視，將導致易感族群(包括：男男間性行為者、注射藥癮者、性交易服務者及其顧客、性病病患等)不願意接受愛滋病毒篩檢、或是感染者在確診後不願面對自己的病況與接受治療，進而造成潛在愛滋感染黑數、延遲就醫等問題。同時年輕族群性行為合併使用成癮性藥物問題，亦造成不安全性行為感染人數增加。

二、防疫資源運用情形

- (一) 為照顧全國婦女及新生兒健康，持續辦理孕婦全面篩檢愛滋計畫，透過持續追蹤評估，生產前後投予藥物治療，以防範愛滋母子垂直感染。相關防治政策自2005年起推動以來，每年約提供18萬名孕婦免費愛滋篩檢服務，接受篩檢比例達99%以上，母子垂直感染防治成效良好，近4年僅2017年及2019年各有1例母子垂直感染個案，符合世界衛生組織對於消除愛滋母子垂直感染之結果指標。
- (二) 擴大愛滋篩檢服務量能及涵蓋率，提供多元愛滋篩檢及衛教諮詢服務：本部疾管署與地方政府衛生局及民間團體合作，提供多元場域愛滋篩檢諮詢及衛教宣導服務，擴大篩檢服務量能及涵蓋率，包括性傳染病或藥癮病患全面篩檢愛滋病毒計畫、匿名篩檢、自我篩檢計畫等，並導入新式快速檢驗工具，推展一站式愛滋匿名快速篩檢服務，加速診斷時效，以期及早發現個案，降低傳播風險。2019年共計提供951,878人次愛滋篩檢服務，其中男性583,999人次(61%)、女性367,879人次(39%)。
- (三) 為推動高風險行為者愛滋預防方案，設立同志健康社區服務中心，提供多元性別友善的環境及服務，辦理健康講座、外展宣導、免費電話諮詢、醫療諮詢門診、藥癮戒治支持性團體、愛滋篩檢及轉介醫療服務等，同時透過外展服務等方式，主動提供不同性別族群衛教或愛滋篩檢諮詢服務。
- (四) 為提高愛滋感染者就醫可近性，持續辦理「愛滋病指定醫事機構服務品質提升計畫」，與醫事機構專業人員合作，提供愛滋感染者及高風險行為族群愛滋衛教與諮詢服務、醫療照護、轉介預防與支持資源等服務。2019年全國共計79家愛滋指定醫院、47家指定藥局及1家指定診所，提供愛滋感染者及其接觸者相關預防、檢驗及治療等服務。
- (五) 近年新確診通報之HIV感染者，感染危險因子主要為不安全性行為，顯示需強化性教育及安

全性行為宣導，且衛教宣導內容需包含不同性別與性傾向之安全性行為，提升自我保護之知能，並積極破除對愛滋的歧視及污名，以減低愛滋防治工作的阻礙。

- (六) 由於社會大眾對於愛滋防治的正確認知仍待提升，部分民眾感染風險知覺較為不足，女性亦可能較被忽視而成為潛在感染高風險者，如：女性未有安全性行為或定期接受愛滋篩檢之觀念、或未能正確認知愛滋病毒傳染途徑等，則性工作者及弱勢女性容易在從事不安全性行為過程中，成為愛滋感染的高風險族群，為愛滋防治策略及服務需要更擴大觸及之對象。此外，女性感染者遵醫囑服藥的比例較男性低，需強化個案管理積極輔導女性感染者，敦促其定期就醫穩定服藥控制體內病毒量，提升對於自我健康管理之知能，並降低病毒傳播風險。

三、計畫研擬與政策規劃方面

- (一) 為促進跨部會合作有效推動愛滋防治政策，設置「衛生福利部愛滋病防治及感染者權益保障會」，第五屆聘任委員共計27人，女性委員計9人，符合任一性別不少於三分之一原則。
- (二) 有關本計畫研擬階段邀集相關領域專家學者6人共同研商討論，其中女性3人，參與對象未設定特定性別，均共同參與討論。
- (三) 有關愛滋疫情及防治相關數據均定期進行性別分析，並公布於本部疾管署網站，亦可至下列網站查閱。未來將持續擴增各類數據性別分析結果，提供各級防疫及學術人員查詢運用，俾利監測性別統計及其資源運用之情形，據以調整未來防治策略與強化防治對象之參考。
1. 本部疾管署資料開放平台
(https://data.cdc.gov.tw/zh_TW/)
 2. 本部統計處性別統計指標
(<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-1718-113.html>)
 3. 行政院「重要性別統計資料庫」
(https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/Stat_S)

評估項目	評估結果
<p>1-3【請根據1-1及1-2的評估結果，找出本計畫之性別議題】</p> <p>性別議題舉例如次：</p> <p>a.參與人員</p> <p>政策規劃者或服務提供者之性別比例差距過大時，宜關注職場性別隔離（例如：某些職業的從業人員以特定性別為大宗、高階職位多由單一性別擔任）、職場性別友善性不足（例如：缺乏防治性騷擾措施；未設置哺集乳室；未顧及員工對於家庭照顧之需求，提供彈性工作安排等措施），及性別參與不足等問題。</p> <p>b.受益情形</p> <p>①受益者人數之性別比例差距過大，或偏離母體之性別比例，宜關注不同性別可能未有平等取得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動），或平等參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會）。</p> <p>②受益者受益程度之性別差距過大時（例如：滿意度、社會保險給付金額），宜關注弱勢性別之需求與處境（例如：家庭照顧責任使女性未能連續就業，影響年金領取額度）。</p> <p>c.公共空間</p> <p>公共空間之規劃與設計，宜關注不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者之空間使用性、安全性及友善性。</p> <p>①使用性：兼顧不同生理差異所產生的不同需求。</p> <p>②安全性：消除空間死角、相關安全設施。</p> <p>③友善性：兼顧性別、性傾向或性別認同者之特殊使用需求。</p> <p>d.展覽、演出或傳播內容</p>	<p>tatistics_Field.aspx)。</p> <p>一、本計畫係以愛滋防治為主軸，以期達成2030年消除愛滋之目標，除持續精進既有之愛滋篩檢、個案管理及照護治療等策略外，將更加強化暴露愛滋病毒前預防性投藥(PrEP)、加速確診時效及去歧視策略等項目，降低愛滋病毒傳播風險。計畫受益對象未限於特定性別、性傾向或性別認同者，無任何性別差異，且未涉及性別偏見、性別比例差距等之可能性。</p> <p>二、有關「衛生福利部愛滋病防治及感染者權益保障會」之委員組成，符合任一性別不少於三分之一原則。本計畫研擬與政策規劃，參與對象未設定特定性別，均共同參與討論。</p> <p>三、本計畫透過發展不同群體適切性之愛滋防治衛教宣導策略，提升民眾對愛滋的正確認知及健康自主意識，營造性別友善環境及愛滋去歧視，最終達成愛滋防治目標：</p> <p>(一) 持續透過跨部會合作，辦理愛滋及性傳染病防治衛教宣導及相關教育訓練，並補助民間團體辦理創意宣導活動、愛滋及性傳染病篩檢與衛教諮詢及外展服務、原鄉與偏鄉校園愛滋防治衛教宣導、及針對醫護人員、教師、公衛人員等辦理愛滋防治教育訓練，提升不同群體正確防治知能。</p> <p>(二) 委託專業團體，由愛滋及性教育相關領域之專家學者，設計國小高年級至國中、高中等教學模組，建置以青少年為主軸之愛滋及性教育宣導教材，提供各級學校於宣導或教學時使用，以因應不同學齡階段學子需求，落實校園愛滋及性傳染病防治教育，建立青少年愛滋正確認知及自我保護能力。</p> <p>(三) 本部疾管署透過記者會、新聞稿及新興社群媒體(如 Facebook、Instagram、Line、Twitter)等多元宣導方式，發布愛滋防治訊息，並製作相關宣導單張、摺頁等衛教素材於網路上提供</p>

<p>藝術展覽或演出作品、文化禮俗儀典與觀念、文物史料、訓練教材、政令/活動宣導等內容，宜注意是否避免複製性別刻板印象、有助建立弱勢性別在公共領域之可見性與主體性。</p> <p>e.研究類計畫</p> <p>研究類計畫之參與者（例如：研究團隊）性別落差過大時，宜關注不同性別參與機會、職場性別友善性不足等問題；若以「人」為研究對象，宜注意研究過程及結論與建議是否納入性別觀點。</p>	<p>大眾使用，以圖片、影片或簡易文字進行愛滋防治宣導，強化社會大眾愛滋防治知能，降低對愛滋的污名與歧視。</p> <p>(四) 本計畫將透過政府各部會、醫療機構、私人企業全面推動愛滋去歧視與性別友善宣導，促使更多人瞭解有關愛滋預防、篩檢及治療等衛教資訊，降低對愛滋的恐懼及污名，提升對於愛滋感染者的同理、接納與關懷，逐步建立社會大眾正確認知愛滋防治的公民力量，最終達成UNAIDS 提出2030年「零感染、零死亡、零歧視」目標。</p> <p>四、本計畫於年輕族群防治策略中，針對弱勢或風險行為年輕族群設計金錢轉移之行為介入方案，避免以性行為尋求經濟支持的過程中而不慎感染愛滋。透過提供經濟上的誘因，讓個案能接受相關衛教、諮詢、定期回診檢驗或穩定服藥等服務。</p> <p>五、建構性別友善的性健康照護體系：除透過愛滋病指定醫事機構提供愛滋感染者及高風險行為族群健康照護外，本部疾管署亦與泌尿科、家庭醫學科、婦產科及大腸直腸外科等醫學會合作辦理「性健康友善門診專業服務品質計畫」，建立友善醫師網絡提供高風險行為族群愛滋及性傳染病篩檢與衛教諮詢服務，以及辦理醫事人員教育訓練，以增進醫事人員對於愛滋及性傳染病之相關知能，提供民眾性健康醫療諮詢服務。</p> <p>六、本計畫無涉及公共建設之空間規劃及工程設計。</p> <p>七、本計畫非屬研究類性質，不以「人」為研究對象。</p>
<p>貳、回應性別落差與需求：針對本計畫之性別議題，訂定性別目標、執行策略及編列相關預算。</p>	
<p style="text-align: center;">評估項目</p> <p>2-1【請訂定本計畫之性別目標、績效指標、衡量標準及目標值】</p> <p>請針對1-3的評估結果，擬訂本計畫之性別目標，並為衡量性別目標達成情形，請訂定相應之績效指標、衡量標準及目標值，並納入計畫書草案之計畫目標章節。性別目標宜具有下列效</p>	<p style="text-align: center;">評估結果</p> <p><input type="checkbox"/>有訂定性別目標者，請將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼：</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>未訂定性別目標者，請說明原因及確保落實性別平等事項之機制或方法。</p> <p>本計畫無訂定性別目標，各性別之參與情形皆平等。</p>

<p>益：</p> <p>a.參與人員</p> <p>①促進弱勢性別參與本計畫規劃、決策及執行，納入不同性別經驗與意見。</p> <p>②加強培育弱勢性別人才，強化其領導與管理知能，以利進入決策階層。</p> <p>③營造性別友善職場，縮小職場性別隔離。</p> <p>b.受益情形</p> <p>① 回應不同性別需求，縮小不同性別滿意度落差。</p> <p>② 增進弱勢性別獲得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動）。</p> <p>③ 增進弱勢性別參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會，表達意見與需求）。</p> <p>c.公共空間</p> <p>回應不同性別對公共空間使用性、安全性及友善性之意見與需求，打造性別友善之公共空間。</p> <p>d.展覽、演出或傳播內容</p> <p>① 消除傳統文化對不同性別之限制或僵化期待，形塑或推展性別平等觀念或文化。</p> <p>② 提升弱勢性別在公共領域之可見性與主體性（如作品展出或演出；參加運動競賽）。</p> <p>e.研究類計畫</p> <p>① 產出具性別觀點之研究報告。</p> <p>② 加強培育及延攬環境、能源及科技領域之女性研究人才，提升女性專業技術研發能力。</p> <p>f.強化與本計畫相關的性別統計與性別分析。</p> <p>g.其他有助促進性別平等之效益。</p>	
評估項目	評估結果
<p>2-2【請根據2-1本計畫所訂定之性別目標，訂定執行策略】</p> <p>請參考下列原則，設計有效的執行</p>	<p><input type="checkbox"/>有訂定執行策略者，請將主要的執行策略納入計畫書草案之適當章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼：</p>

策略及其配套措施：

a.參與人員

- ① 本計畫研擬、決策及執行各階段之參與成員、組織或機制（如相關會議、審查委員會、專案辦公室成員或執行團隊）符合任一性別不少於三分之一原則。
- ② 前項參與成員具備性別平等意識/有參加性別平等相關課程。

b.宣導傳播

- ① 針對不同背景的目標對象（如不諳本國語言者；不同年齡、族群或居住地民眾）採取不同傳播方法傳布訊息（例如：透過社區公布欄、鄰里活動、網路、報紙、宣傳單、APP、廣播、電視等多元管道公開訊息，或結合婦女團體、老人福利或身障等民間團體傳布訊息）。
- ② 宣導傳播內容避免具性別刻板印象或性別歧視意味之語言、符號或案例。
- ③ 與民眾溝通之內容如涉及高深專業知識，將以民眾較易理解之方式，進行口頭說明或提供書面資料。

c.促進弱勢性別參與公共事務

- ① 計畫內容若對人民之權益有重大影響，宜與民眾進行充分之政策溝通，並落實性別參與。
- ② 規劃與民眾溝通之活動時，考量不同背景者之參與需求，採多元時段辦理多場次，並視需要提供交通接駁、臨時托育等友善服務。
- ③ 辦理出席民眾之性別統計；如有性別落差過大情形，將提出加強蒐集弱勢性別意見之措施。

■未訂執行策略者，請說明原因及改善方法：

- 一、本計畫之研擬、決策、執行過程各性別之參與情形皆平等，「衛生福利部愛滋病防治及感染者權益保障會」符合任一性別不少於三分之一原則。
- 二、本計畫於執行策略及預算配置時，係以全民健康與防疫為考量，並推動愛滋去歧視與性別友善宣導，提供多元性別友善的環境與服務。
 - (一) 在衛教宣導方面，透過跨部會合作以多元管道分眾進行愛滋防治宣導，對象包含：一般民眾(含役男、職場、企業主等)、大專及高中職學生與教職員、新住民/外籍配偶、性交易服務者或毒品嫌疑犯、矯正機關收容人、兒少及身心障礙福利機構工作人員、長期照顧服務員、醫事機構人員等，並以圖片、影片或簡易文字(含多國語言)進行愛滋防治宣導，向社會大眾傳達有關愛滋傳染途徑、預防、篩檢及治療等知識，逐步建立社會大眾正確認知愛滋防治的公民力量。
 - (二) 針對年輕族群、婦女及各類易感族群(包括：男男間性行為者、注射藥癮者、性交易服務者及其顧客、性病病患等)研擬防治策略，讓主流與非主流性別者均可取得愛滋預防、篩檢及就醫治療之資源。
- 三、計畫中規劃辦理之教育訓練，內容皆以專業能力培訓為重點，並強調尊重多元性別及不同族群之性別文化，屆時會將不同背景人員納入考量。

- ④ 培力弱勢性別，形成組織、取得發言權或領導地位。

d. 培育專業人才

- ① 規劃人才培訓活動時，納入鼓勵或促進弱勢性別參加之措施（例如：提供交通接駁、臨時托育等友善服務；優先保障名額；培訓活動之宣傳設計，強化歡迎或友善弱勢性別參與之訊息；結合相關機關、民間團體或組織，宣傳培訓活動）。
- ② 辦理參訓者人數及回饋意見之性別統計與性別分析，作為未來精進培訓活動之參考。
- ③ 培訓內涵中融入性別平等教育或宣導，提升相關領域從業人員之性別敏感度。
- ④ 辦理培訓活動之師資性別統計，作為未來師資邀請或師資培訓之參考。

e. 具性別平等精神之展覽、演出或傳播內容

- ① 規劃展覽、演出或傳播內容時，避免複製性別刻板印象，並注意創作者、表演者之性別平衡。
- ② 製作歷史文物、傳統藝術之導覽、介紹等影音或文字資料時，將納入現代性別平等觀點之詮釋內容。
- ③ 規劃以性別平等為主題的展覽、演出或傳播內容（例如：女性的歷史貢獻、對多元性別之瞭解與尊重、移民女性之處境與貢獻、不同族群之性別文化）。

f. 建構性別友善之職場環境

委託民間辦理業務時，推廣促進性別平等之積極性作法（例如：評選項目訂有友善家庭、企業托兒、彈性工時與工作安排等性別友善措

<p>施；鼓勵民間廠商拔擢弱勢性別優秀人才擔任管理職)，以營造性別友善職場環境。</p> <p>g.具性別觀點之研究類計畫</p> <p>①研究團隊成員符合任一性別不少於三分之一原則，並積極培育及延攬女性科技研究人才；積極鼓勵女性擔任環境、能源與科技領域研究類計畫之計畫主持人。</p> <p>②以「人」為研究對象之研究，需進行性別分析，研究結論與建議亦需具性別觀點。</p>					
評估項目	評估結果				
<p>2-3【請根據2-2本計畫所訂定之執行策略，編列或調整相關經費配置】</p> <p>各機關於籌編年度概算時，請將本計畫所編列或調整之性別相關經費納入性別預算編列情形表，以確保性別相關事項有足夠經費及資源落實執行，以達成性別目標或回應性別差異需求。</p>	<p><input type="checkbox"/>有編列或調整經費配置者，請說明預算額度編列或調整情形：</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>未編列或調整經費配置者，請說明原因及改善方法：</p> <p>本計畫於執行策略及預算配置時，係以全民健康與防疫為考量，相關預算就公共衛生三段五級進行編列，並針對年輕族群、婦女及各類易感族群(包括：男男間性行為者、注射藥癮者、性交易服務者及其顧客、性病病患等)研擬衛教宣導及防治策略，營造性別友善環境，讓主流與非主流性別者均可取得愛滋預防、篩檢及就醫治療之資源，以降低愛滋新通報感染人數。</p>				
<p>【注意】 填完前開內容後，請先依「填表說明二之(一)」辦理【第二部分－程序參與】，再續填下列「參、評估結果」。</p>					
<p>參、評估結果</p> <p>請機關填表人依據【第二部分－程序參與】性別平等專家學者之檢視意見，提出綜合說明及參採情形後通知程序參與者審閱。</p>					
<p>3-1綜合說明</p>	<p>謝謝委員之審查意見，本部疾病管制署將持續進行各類統計數據之性別及年齡等面項交叉分析，包含國內愛滋疫情監測資料、防疫資源運用與政策規劃等方面，以作為我國愛滋防治政策推動及成效評估之參考依據。</p>				
<p>3-2參採情形</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td data-bbox="284 1765 699 1989"> <p>3-2-1說明採納意見後之計畫調整(請標註頁數)</p> </td> <td data-bbox="699 1765 1482 1989"> <p>依專家建議，將持續進行有關我國愛滋疫情及防治政策相關數據之性別及年齡等面項交叉分析，以作為愛滋防治政策推動與策略評估檢討之參考依據，相關內容亦增列於計畫書(草案)第53-54頁。</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="284 1989 699 2083"> <p>3-2-2說明未參採之理由或替代規劃</p> </td> <td data-bbox="699 1989 1482 2083"></td> </tr> </table>	<p>3-2-1說明採納意見後之計畫調整(請標註頁數)</p>	<p>依專家建議，將持續進行有關我國愛滋疫情及防治政策相關數據之性別及年齡等面項交叉分析，以作為愛滋防治政策推動與策略評估檢討之參考依據，相關內容亦增列於計畫書(草案)第53-54頁。</p>	<p>3-2-2說明未參採之理由或替代規劃</p>	
<p>3-2-1說明採納意見後之計畫調整(請標註頁數)</p>	<p>依專家建議，將持續進行有關我國愛滋疫情及防治政策相關數據之性別及年齡等面項交叉分析，以作為愛滋防治政策推動與策略評估檢討之參考依據，相關內容亦增列於計畫書(草案)第53-54頁。</p>				
<p>3-2-2說明未參採之理由或替代規劃</p>					

3-3通知程序參與之專家學者本計畫之評估結果：

已於 109 年 11 月 12 日將「評估結果」及「修正後之計畫書草案」通知程序參與者審閱。


- 填表人姓名：蔡宜臻 職稱：副研究員 電話：02-23959825轉3755 填表日期：109年11月2日
- 本案已於計畫研擬初期 徵詢性別諮詢員之意見，或 提報各部會性別平等專案小組（會議日期：___年___月___日）
- 性別諮詢員姓名：王秀紅 服務單位及職稱：高雄醫學大學護理學院教授 身分：符合中長程個案計畫性別影響評估作業說明第三點第(1)、(3)款（如提報各部會性別平等專案小組者，免填）
（請提醒性別諮詢員恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開計畫草案）

【第二部分－程序參與】：由性別平等專家學者填寫

<p>程序參與之性別平等專家學者應符合下列資格之一：</p> <p>■1.現任臺灣國家婦女館網站「性別主流化人才資料庫」公、私部門之專家學者；其中公部門專家應非本機關及所屬機關之人員（人才資料庫網址：http://www.taiwanwomencenter.org.tw/）。</p> <p>□2.現任或曾任行政院性別平等會民間委員。</p> <p>■3.現任或曾任各部會性別平等專案小組民間委員。</p>	
<p>(一) 基本資料</p>	
1.程序參與期程或時間	109年11月5日至109年11月5日
2.參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	<p>王秀紅 教授/考試委員</p> <p>服務單位：高雄醫學大學護理學院/考試院</p> <p>專長領域：婦女健康與性別議題、高齡長期照護、社區衛生與健康促進、護理教育、健康政策</p>
3.參與方式	<input type="checkbox"/> 計畫研商會議 <input type="checkbox"/> 性別平等專案小組 <input checked="" type="checkbox"/> 書面意見
<p>(二) 主要意見（若參與方式為提報各部會性別平等專案小組，可附上會議發言要旨，免填4至10欄位，並請通知程序參與者恪遵保密義務）</p>	
4.性別平等相關法規政策相關性評估之合宜性	合宜
5.性別統計及性別分析之合宜性	合宜
6.本計畫性別議題之合宜性	合宜
7.性別目標之合宜性	無訂定性別目標
8.執行策略之合宜性	合宜
9.經費編列或配置之合宜性	合宜

10.綜合性檢視意見

- 一、本案為「2030年消除愛滋第一期計畫(草案)」，呼應聯合國永續發展目標(SDGs)期望在「2030年消除愛滋」，並響應聯合國愛滋病規劃署(UNAIDS)提出「愛滋三零」(零感染、零死亡、零歧視)之目標，降低我國愛滋發生數及發生率。
- 二、計畫已提出相關性別統計資料，包括：
 - (一) 至2019年底，本國籍確診通報 HIV 感染者累計39,667例，HIV 感染者以男性居多，累計37,572例(95%)，女性 HIV 感染者累計2,095例(5%)，男女性別比為18：1。其中後天免疫缺乏症候群(AIDS)發病數累計18,856例，男性 AIDS 發病數累計17,815例(94%)、女性 AIDS 發病數累計1,041例(6%)。HIV 感染者累計有6,906例死亡(以全死因統計)，其中男性6,389例(92%)、女性517例(8%)。
 - (二) 2019年新確診通報本國籍 HIV 感染者(1,755例)，男性1,710例(97%)，女性45例(3%)，男女性別比為38：1。其中男性 HIV 感染者年齡層以20-29歲最多(762例，45%)、其次為30-39歲(550例，32%)；女性 HIV 感染者年齡層以30-39歲最多(14例，31%)。HIV 感染危險因子以不安全性行為為主(95%)，男性 HIV 感染者的主要危險因子為男男間不安全性行為1,458例(85%)，其次為異性間不安全性行為163例(10%)、注射藥癮者22例(1%)。女性 HIV 感染者的主要危險因子為異性間不安全性行為40例(89%)，其次為注射藥癮者1例(2%)，母子垂直感染1例(2%)。
 - (三) 2019年新確診通報本國籍 AIDS 發病者計1,005人，其中男性970例(97%)，年齡以30-39歲340例為多(35%)、其次為20-29歲295例(30%)。女性 AIDS 發病者35例，年齡以40-49歲為多(31%)。
 - (四) 至2019年本國籍存活感染者服用抗反轉錄病毒藥物共計30,386人，其中男性28,994人(95%)、女性1,392人(5%)。
 - (五) 弱勢青少年愛滋感染問題：分析近10年(2010-2020年)之24歲以下本國籍新確診通報女性 HIV 感染者(共49人)，其感染危險因子以異性間不安全性行為為主(90%)，其中50%於通報時已發病，推測可能於未成年時即感染，從其疫調資料發現，部分弱勢青少年感染原因為遭受性侵害或以性來換取金錢。

	<p>三、計畫在研擬政策規畫過程，設置「衛生福利部愛滋病防治及感染者權益保障會」，並邀集相關領域專家學者共同研商討論，所參與之人員，皆遵循任一性別參與比例不得低於三分之一原則。</p> <p>四、計畫之內容對於性別相關議題及統計資料的分析相當完整，針對年輕族群、婦女及各類易感族群(包括：男男間性行為者、注射藥癮者、性交易服務者及其顧客、性病病患等)已研擬防治策略，未來宜持續進行性別及年齡之交叉分析，以作為推動相關政策的參考依據。</p>
(三) 參與時機及方式之合宜性	合宜
<p>本人同意恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開所評估之計畫草案。</p> <p>(簽章，簽名或打字皆可) _____ 王秀紅 </p>	