消除愛滋暨性傳染病防治
五年計畫

行政院 115 年 8 月 12 日院臺衛字第 1151012842 號函核定

衛生福利部

中華民國 115 年 8 月

目　　錄

壹、 計畫緣起 1
一、依據 5
二、我國愛滋及性傳染病防治系統優劣分析 5
三、我國愛滋及性傳染病防治困境與挑戰 11
貳、 計畫目標 22
一、目標說明 22
二、績效指標、衡量標準及目標值 22
參、 現行相關政策及方案檢討 25
一、愛滋防治政策 25
二、淋病、梅毒及先天性梅毒防治政策 44
三、M 痘（Mpox）防治政策 49
肆、 執行策略及方法 54
一、主要工作項目 54
二、分期（年）執行策略 55
三、執行步驟方法及分工 58
（一） 愛滋防治政策 58
（二） 淋病、梅毒及先天性梅毒防治政策 100
（三） M 痘（Mpox）防治政策 111
（四） 強化研究發展及國際合作 117
伍、 期程與資源需求 119
一、計畫期程 119
二、經費來源及計算基準 119
三、經費需求（含分年經費）及中程歲出概算配合情形 123
陸、預期效果及影響 124
柒、財務計畫 126
各項工作內容經費分配權重表 127

捌、 附則 134
一、風險管理 134
二、相關機關配合事項 143
三、替選方案之分析及評估 151
四、中長程計畫自評檢核表、性別影響評估檢核表及人權影響評估檢核表 152

壹、計畫緣起

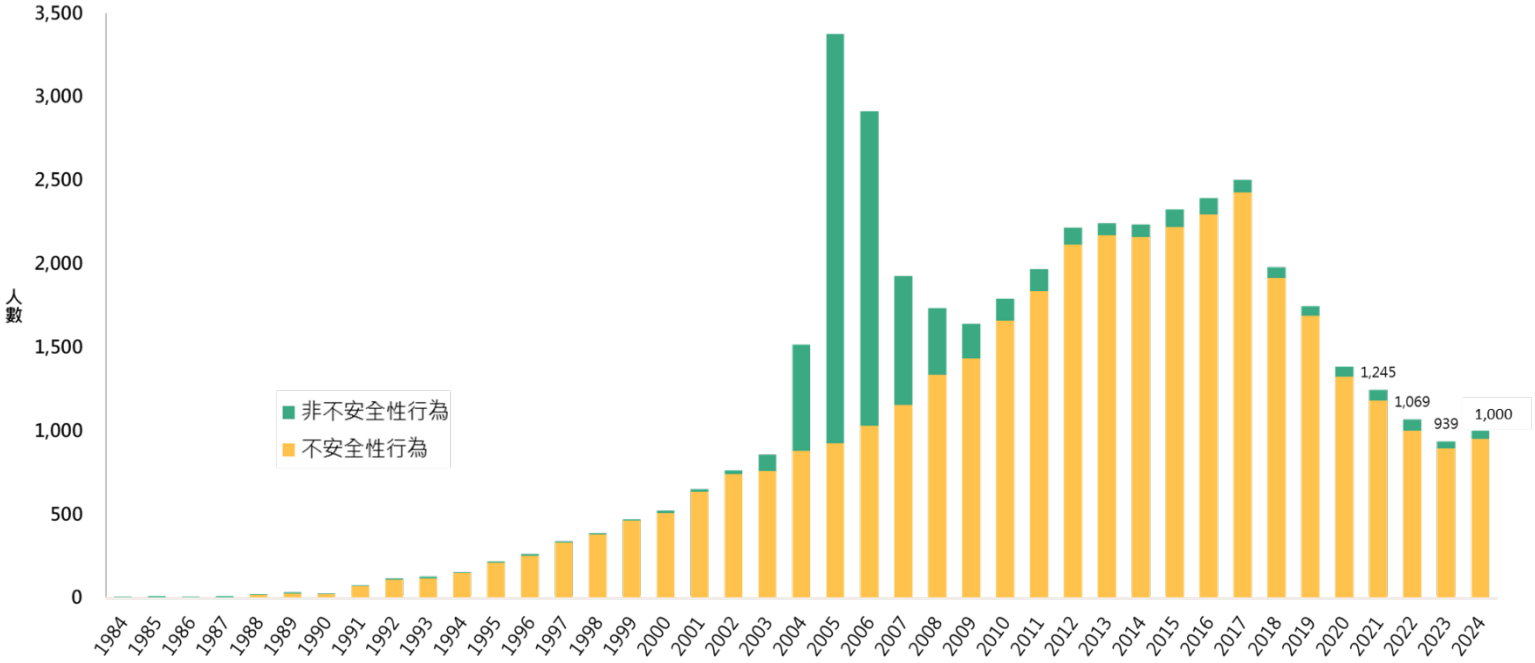
環境永續發展及經濟穩健成長是我國國家發展的重點目標，而健康之人力資源為實現此目標不可或缺的關鍵。愛滋及性傳染病對公共健康與社會發展影響深遠，全球每年約有 250 萬人死於性傳染病。COVID-19 疫情期間，全球醫療資源重新配置與行動限制，導致既有防治工作受阻，控制成效大受影響，爰亟須投注更多資源進行疫情防治。

愛滋感染導致之發病及死亡，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，進而影響國家發展，因此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 個目標之一及世界經濟論壇（World Economic Forum；WEF）全球競爭力評比指標。為終結愛滋疫情，聯合國愛滋規劃署（UNAIDS）於 2014 年提出「Fast Track: Ending the AIDS epidemic by 2030」報告，規劃於 2030 年前達成 95-95-95 目標，即 95%感染者知道自己感染狀態、95%感染者有規律服藥及 95%服藥之感染者其病毒量達檢測不到，以達減少新增感染愛滋人數至 20 萬人及達成零歧視目標，期預防 2,800 萬人感染愛滋及 2,100 萬人因感染愛滋而死亡。

愛滋及性傳染病主要影響社會中具生產力之年輕族群，愛滋病毒目前雖可藉由持續使用藥物來控制病毒量，惟仍無法根治，故防治工作須長期推動；而性傳染病則具高度傳染性與具長期潛伏特性，若未及時診斷與治療，可能導致不孕、癌症、神經系統損害，甚至死亡等嚴重後果。我國自 1984 年發現第 1 例愛滋病毒感染者以來，截至 2024 底，本國籍通報數計 45,261 人；2024 年新增通報人數計 1,000 人(歷年新增愛滋感染通報情形如圖一)，傳染途徑以不安全性行為主，不安全性行為合計占比超過 9 成，社會氛圍對愛滋等性傳染病仍存在汙名與歧視，使風險族群不願主動接受

篩檢或接受預防性投藥，另網路交友及藥愛文化（Chemsex）亦進一步提高不安全性行為之感染風險。

圖一　歷年新增愛滋感染通報趨勢圖



除了傳統的性傳染病，近年來 M 痘（Mpox）疫情亦成為新興公共衛生威脅。自 2022 年起全球爆發人際傳播疫情，世界衛生組織（World Health Organization; WHO）於同（2022）年 7 月首次將其列為「國際關注公共衛生緊急事件」（PHEIC），雖於 2023 年宣布解除，惟其亦指出 M 痘具有人畜共通傳染、潛伏期長，且以性接觸為主要傳播途徑等特性，一旦進入社區即難以根除，故 WHO 建議各國持續發展長期管理及抑制傳播策略，2023 年 5 月起，剛果民主共和國（DRC）等地爆發 Ib 亞型病毒株疫情，WHO 於 2024 年 8 月再次將其列為 PHEIC，並於 2025 年重申強調現行疫情仍嚴峻，雖然 2025 年 8 月 WHO 又再次將 M 痘於 PHEIC 暫時移除，但國際間報告感染 Ib 亞型病毒株國家持續增加，仍需加強監測與應變。2022 年截至 2025 年 3 月，全球累計已有 13 萬 3,599 例 M 痘確診病例，M 痘可經皮膚病灶、體液等密切接觸傳播，包含性行為，已被部分國家納入性健康防治範疇，雖可透過疫苗預防及早期介入

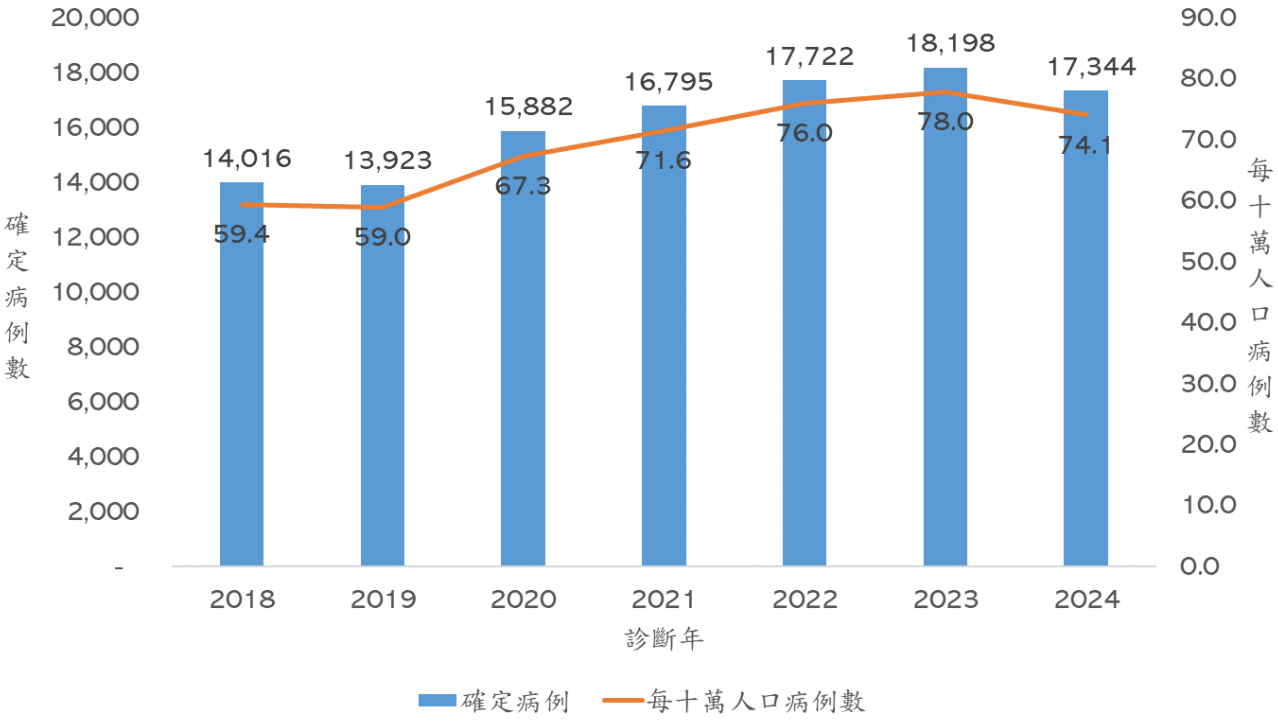
控制疫情，惟症狀常與其他性病混淆，且疫苗效果隨接種時間間隔拉長而遞減，對免疫低下的族群仍造成威脅，加上社會汙名，對防治工作構成挑戰。

性傳染病防治呈現典型的「80-20 法則」，又稱「帕雷托法則（Pareto principle）」，意指僅約 20% 的因素即可造成 80% 的結果。換言之，少數風險族群往往成為疫情擴散的主因。此類族群不僅面臨較高的感染風險，又因多重暴露與健康資源不足，更容易同時感染其他性傳染病或相關疾病，例如愛滋病毒、梅毒、淋病、M 痘、因生殖泌尿道感染可能造成母子垂直傳染或不孕等。這些共病情況不僅加劇個人健康損害，也顯著增加醫療照護與公共衛生追蹤成本，並使疾病控制更為複雜，若未能針對風險族群實施精準且持續的介入策略，將難以扭轉疫情趨勢，亦無法有效減輕長期的公共衛生與經濟負擔。

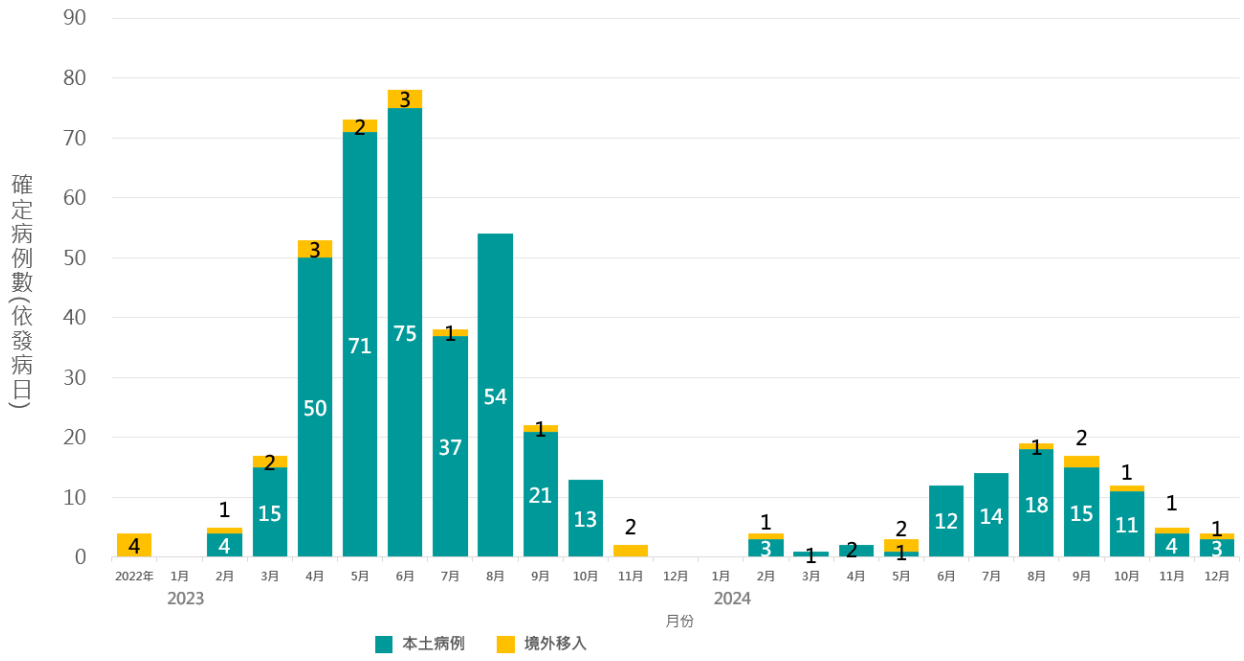
過去性病在公共政策與醫療體系中相對被忽視，然其傳播途徑、受影響族群與防治策略與愛滋高度重疊，防治工作應視為同等重要，尤其梅毒、淋病等性病，近年在全球及我國疫情呈上升趨勢(我國歷年梅毒與淋病確定病例數及發生率趨勢圖如圖二)，M 痘又以新興傳染病造成公共衛生的威脅(我國歷年 M 痘確定病例數趨勢圖如圖三)，國際間亦逐步呼籲採取「整合性傳染病防治」策略，透過資源整合與系統性規劃提升整體防治效能。

本期計畫將整合相關介入防治措施，除延續既有愛滋防治之預防、篩檢、個案管理與照護外，亦將梅毒（含先天性梅毒）、淋病及 M 痘等主要法定性傳染病納入防治範疇，集中投入監測、預防、篩檢、診斷及治療照護資源，以達成最大防治效益，期以透過本期計畫爭取足夠資源，透過落實預防衛教、篩檢主動發現、擴大暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）、營造友善醫療服務等策略，以達成最大防治效益，朝消除愛滋、降低性傳染病傳播及保障全民健康之目標邁進。

圖二　我國梅毒與淋病確定病例數及每十萬人口病例數



圖三　我國歷年 M 痘確定病例數趨勢圖



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）聯合國永續發展目標(Sustainable Development Goals, SDG)「3.3 對抗傳染病」：2030 年前，消除愛滋、肺結核、瘧疾以及受到忽略的熱帶性疾病，並對抗肝炎，水傳染性疾病以及其他傳染疾病。

（四）UNAIDS 2030 年消除愛滋疫情政策（Fast Track: Ending the AIDS epidemic by 2030）。

二、我國愛滋及性傳染病防治系統優劣分析

（一）我國防治體系健全，公衛、醫事機構與民間團體密切合作

我國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、農業部、大陸委員會、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、愛滋及性傳染病防治、醫療照護、檢驗技術、衛生教育宣導等議題。

2. 衛生行政單位

我國愛滋及性傳染病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（下稱疾管署）負責推動愛滋及性傳染病防治各項業務，國民健康署（下稱健康署）負責兒童、少年健康促進之規劃及推動。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及性傳染病防治工作。

3. 愛滋指定醫事機構及性健康友善醫療院所

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療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」，據以規範愛滋指定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及醫療照護服務。

為增加愛滋感染者之醫療可近性，愛滋指定醫院家數自 2016 年 62 家增加至 2025 年 7 月 90 家，指定藥局由 1 家增加至 125 家，並新增 2 家指定診所，提供感染者免費醫療與完善照護，同時加強感染者共病照護及伴侶整合式篩檢服務，以期早期發現早期治療。2017 年 2 月 4 日起感染者服藥 2 年後愛滋醫

療費用回歸健保給付，另為兼顧感染者醫療品質及撙節醫療費用，適時修訂調整「抗人類免疫缺乏病毒藥品處方使用規範」。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，提高感染者就醫便利性，促使其穩定就醫治療。

為提升醫療機構及醫事人員對性傳染病防治的重視，並提供友善的醫療環境，我國持續推動「性健康友善門診品質計畫」建置全國性健康友善門診服務網絡，透過醫學會鼓勵及邀請醫師加入性健康友善醫師行列，推動性傳染病篩檢、診斷、治療、諮詢及衛教服務，課程內容涵蓋愛滋及性傳染病防治與診治、多元性別觀念、最新檢驗新知等，強化臨床照護能力及性傳染病防治知能，並促進醫事人員對多元性別、不同性傾向與性行為樣貌之理解與尊重，降低病患就醫時可能面臨的心理壓力與障礙。截至 2025 年 6 月，已有 1,842 名醫師成為性健康友善醫師，並建置「性健康友善醫師及院所查詢平台」，有效協助風險族群或對就醫有顧慮之民眾，尋求更安心及友善的醫療資源。

4. 民間團體

相較於政府單位，愛滋相關民間團體長期深耕於感染者社群或風險族群，對其生活型態、行為模式有深入理解與密切聯繫，能有效觸及政府服務難以觸及的弱勢及邊緣族群，有助於拓展與傳遞愛滋及性傳染病防治服務資源。其次，民間團體組織靈活且多元，能迅速且有彈性的調整策略與服務模式，滿足不同族群之特殊需求，彌補政府體系的侷限，擴大防治政策之廣度。國

內共計約有 20 餘家愛滋民間團體，服務範圍包括：愛滋與性傳染病預防宣導、外展篩檢及衛教諮詢服務、個案輔導、感染者權益保障及處遇服務等。其中，中華民國愛滋感染者權益促進會、台灣紅絲帶基金會、台灣露德協會、臺灣感染誌協會、台灣愛之希望協會、台灣關愛之家協會、中華民國台灣懷愛協會、帕三小事務所、台灣新滋識同盟、台灣基地協會及台灣同志諮詢熱線協會等團體，提案建議進行「危險性行為之範圍標準」修訂，透過將科學實證納入危險性行為範圍之判斷要件之一，避免未造成實際傳染仍課予刑責，同時鼓勵感染者穩定就醫治療達病毒量有效控制，為我國愛滋防治寫下重要里程碑。

（二）法規體系完整，為防疫後盾

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 10 度修正，最近 1 次修正公布為 2021 年 1 月 20 日，以接軌國際人權趨勢及強化感染者隱私保障、醫療照護與社會權益等面向。

近年雖愛滋條例無進行修訂，仍持續依據社會變遷與防治需求進行相關行政法規之調整修訂，於 2020 年 12 月 1 日修正公布「醫事人員發現人類免疫缺乏病毒感染者通報辦法」，增訂疑似感染 HIV 之孕產婦為通報對象，以加強監測及追蹤孕產婦疑似感染個案，利於衛生單位及早因應介入防治，預防母子垂直感染 HIV 發生，強化公共衛生保護網之完整性；另在衡量國內社會氛圍，又在兼顧病毒量測不到傳染風險極低的醫學證據下，經多次保障會之討論，決議修正調整「危險性行為之範圍標準」，並於 2021 年 7 月 2 日公布，危險性行為之構成要件修訂為除「未經隔絕器官黏膜或體液而直接接觸」外，且應符

合「經醫學評估有重大傳染風險」，以正面鼓勵感染者穩定就醫治療使病毒量達良好控制。

（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. 近年我國在愛滋治療上已達成階段性成果，絕大多數感染者透過每日一次的複方口服藥物，已能有效抑制病毒量，達成「測不到病毒等於不具傳染力（U=U, Undetectable＝Untransmittable）」的目標。然而，仍有少數感染者因用藥順從性不佳或病毒產生多重抗藥性，使得現有治療策略無法達到良好控制。為持續提升愛滋防治效益，未來治療層面需仰賴更多新藥發展與創新策略介入。目前，2 個月一次注射的愛滋長效針劑（Cabotegravir/Rilpivirine）已於 2021 年及 2022 年取得我國藥品許可證，並於 2024 年納入健保給付項目，為口服藥物有困難但病情穩定且無相關抗藥風險的感染者，提供另一種治療選擇。另，針對 HIV-1 多重抗藥性治療藥品（fostemsavir）於 2024 年納入健保給付項目，亦有另一種 6 個月注射一次之愛滋多重抗藥治療長效針劑，有機會近期導入於國內臨床使用，可望進一步提供愛滋多重抗藥困難個案治療處方選擇與提升愛滋治療成效。未來隨著治療藥物機轉日益多元，將持續關注國際新藥研發動態，如有新藥將積極接軌國際、評估導入我國政策之可行性。另，儘管全球投入大量資源研發預防愛滋病毒感染之疫苗，主流研究聚焦於中和抗體或 mRNA 疫苗技術，然而受限於 HIV 病毒極高的變異速率與免疫逃避能力，臨床試驗成效仍有限，現階段尚無明確有效之疫苗。

2. 響應國際推廣定點照護診斷（Point of care）模式，我國近年來積極推動及執行各項愛滋防治計畫與措施，包括：推動一站式愛滋匿名快速篩檢計畫、加速公衛端及醫療端 HIV 檢驗確診時效作業方案等，透過公衛與醫療體系全面導入快速檢驗技術與流程優化，如採用 HIV 抗原/抗體複合型快速篩檢試劑、抗體免疫層析確認檢驗法及快速病毒量檢驗法等技術，以縮短 HIV 檢驗空窗期、加速確診時效。經由各項政策之推動，我國 HIV 初篩陽性個案確診時效已由 2020 年平均 8.6 天，縮短至 2024 年的 1.6 天，顯示確診效率大幅提升。

另強化跨部會協調及合作共同推動，以擴展 HIV 快速檢驗執行範圍，並與專業醫學會連結及合作，有效提升醫事人員愛滋檢驗專業知能，同步整合檢驗能量與後端轉介流程，建立完善之確診及連結醫療照護網絡，致力於同一次就診檢驗民眾即可得知其愛滋檢驗結果，減少民眾於 HIV 初步檢驗陽性後等待確認檢驗結果之時間及所花費交通往返時程等，以加速確診陽性個案銜接醫療照護體系時效；並為 HIV 初步檢驗陰性但具有感染風險的民眾提供轉介暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）等預防服務，以避免感染。

（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合作，然各地方政府衛生局（所）第一線防疫人員業務繁重，且人力資源分布不均，直轄市（或六都）防疫人力資源雖較充足，但轄區人口及服務個案數亦多；而部分縣市或偏鄉，衛生局（所）承辦人數較少，但須同時兼辦轄區各項傳染病疫情防治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，間接造成人才流失或人員更替頻繁，致使整體防治經驗不足或人員經驗斷層之情形。各縣（市）衛生局（所）公衛防疫人員業務繁重，加上近年 COVID-19 等新興傳染病疫情頻傳，第一線防疫人員疲於奔命，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，恐影響防疫工作落實度及成效。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管署持續補助，才能推動順遂。

在醫療端方面，愛滋個案管理人員部份由醫院護理師或感染控制師兼任，這些專業人員原本負責臨床護理或感染控制工作，額外承擔愛滋個案管理職責，導致人力分配緊張，影響服務品質。由於愛滋個案管理係以提供個人化全人照護為目標，需考量感染者的狀況，提供相應且合適的醫療照護、衛教諮詢、心理支持及轉介處遇服務等，以確保感染者穩定就醫治療，且需與個案保持良好的信任度，人力不足使得個案管理之落實度、效能與品質良莠不齊，將可能影響整體防治政策之推行。

三、我國愛滋及性傳染病防治困境與挑戰

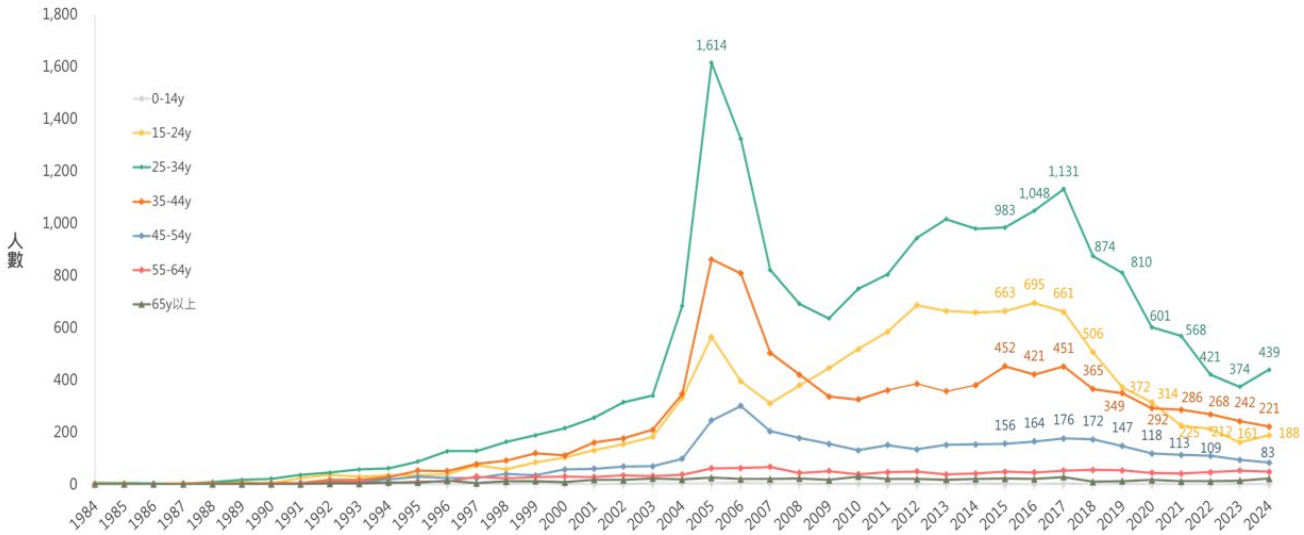
（一）感染愛滋及性傳染病主要人口為年輕族群，影響國家競爭力

我國自 1984 年通報第 1 例愛滋病毒感染個案至 2024 年底為止，累積通報本國籍感染者計 45,253 例（男性占 95%、女性占 5%），其中發病者計 22,173 例、死亡計 8,966 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，而存活感染者共計 36,091 人。考量現今平均餘命達 80.6 歲（男性 77.4 歲，女性 83.8 歲），且研究顯

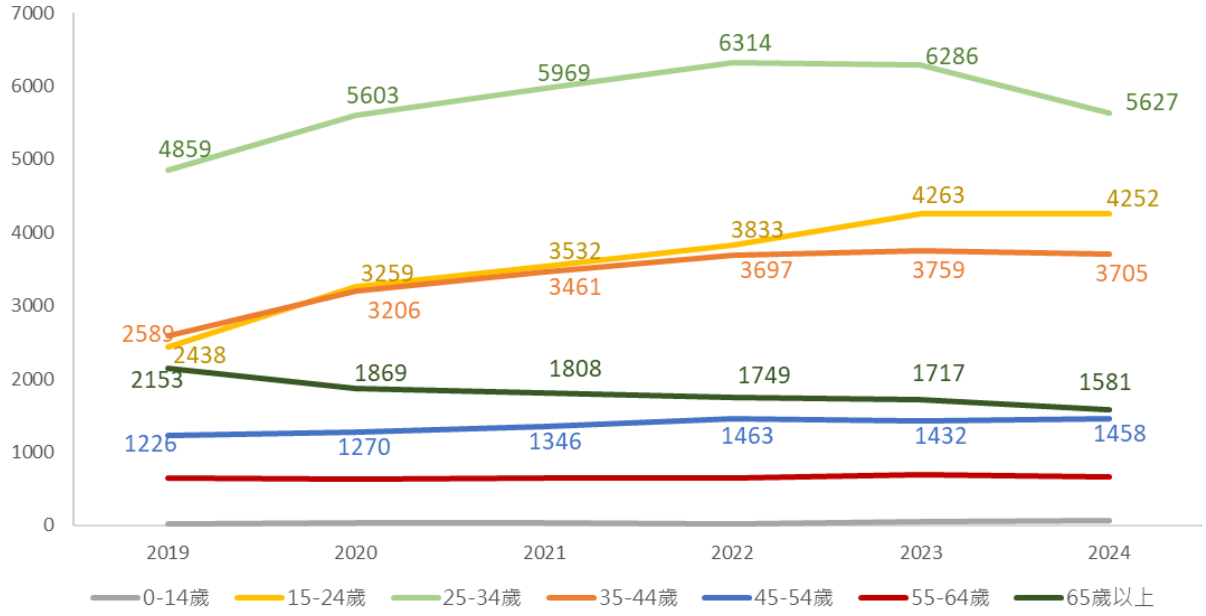
示控制良好感染者的平均餘命與一般人無顯著差異，距離其感染年齡尚有 45 至 65 年，如期間若有未能控制體內之愛滋病毒，除造成愛滋疫情持續傳播，其後續發病、共病照護等所需的治療費用等皆會造成國家財政額外負擔，影響國家競爭力甚鉅，保守估計如能防治 1 人感染愛滋，目前感染者平均診斷年齡為 32 歲，且有 3 成會在 1 年內發病成愛滋病，其發病後每年生產力減少至少 35 萬，以個人就業至 65 歲退休估算，其每人生產力損失 347 萬〔0.3×（65-32）歲×35 萬〕；以國人平均餘命約為 81 歲計算，目前平均發病年齡為 37 歲，以每年醫療費用 20 萬估算，醫療費用將支出 880 萬〔（81-37）年×20 萬〕，故感染後直接或間接損失至少為 1,227 萬（347 萬元+880 萬元），不可不慎。

有關歷年感染愛滋及性傳染病(梅毒及淋病)依年齡層之新增通報人數分布如圖四及圖五。

圖四 歷年愛滋新增通報人數分布圖(依年齡層)



圖五 歷年梅毒與淋病確定病例數分布圖(依年齡層)



（二）社會大眾對愛滋及性傳染病感染認知仍不足，疾病污名化及歧視仍存在

愛滋、梅毒及淋病等性傳染病，主要經由不安全性行為傳播。社會上仍普遍存在對性傳染病的刻板印象與道德批判，導致感染者不僅面對身體的不適，更承受來自外界的異樣眼光與心理壓力。

依據 2023 年「愛滋防治政策」民意調查結果顯示，仍有約 3 成民眾不願意和愛滋感染者一起工作、上課、吃飯或聊天，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，進而導致民眾採取安全性行為等自我保護的動機，或有感染風險行為卻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。

事實上，疾病的傳染對象並不分性別、年齡、性取向或社會身分，任何人都有可能面對感染風險。但性傳染病往往被貼上了貶抑、罪惡

的標籤，這樣的汙名讓民眾不敢主動篩檢或延誤就醫，進而錯失及早治療機會，唯有打造一個友善、相互尊重、理解且不歧視的社會環境，才能讓更多人願意主動接受篩檢、尋求醫療協助。

（三）感染危險因子仍以不安全性行為主，網路交友及藥愛文化增加感染風險

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，隨著社會型態與人際互動方式的轉變，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，使得即時性交友、短時間內與多位性伴侶發生性行為的機會大幅增加，進而提高感染愛滋病毒及其他性傳染病的風險。且為追求性刺激與延長性快感，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，且漸趨呈年輕及普遍化，在降低個體行為自制力的同時，不僅造成性行為中不使用保險套的情形更加普遍，亦因多重藥物合併使用而導致藥物過量、精神受損等額外風險，更進一步加劇愛滋病毒及性傳染病於風險族群中的傳播速度與防治挑戰。

（四）關鍵族群防治困難（性交易服務者、藥癮者及多元性別族群等）

性交易服務者因行為本身感染性傳染病風險較高，且在我國相關法令規範之下，性交易服務者尚無法擁有合法的工作權，讓衛生人員更加難以介入。據 WHO 估計，全球女性之性交易服務者感染愛滋病毒的可能性是其他育齡女性的 30 倍，其他性傳染病之性交易服務者相關資料雖相對較少，惟全球性傳染病個案數均呈上升趨勢。

注射藥癮者與多元性別族群雖成長經驗不同，卻同樣面臨社會歧視與汙名，因此傾向延遲就醫、避免篩檢或主動隱瞞自身風險行為。而注射藥癮者長期以來常被視為犯罪者而非病人，使其被排除在健康照護與社會支持系統外；多元性別族群則承受主流社會的性別偏見與身份壓抑，導致傾向隱匿自身性別認同與行為。這些社會性壓力使此類族群更容易陷入邊緣化，難以穩定獲得居住、就業及醫療照護資源，進而形成愛滋及性傳染病傳播的脆弱性環境。

（五）國際交流頻繁，外籍人士對我國愛滋及性傳染病防治衝擊

近年新通報外國籍愛滋感染者人數及占比逐年上升，由 2016 年 42 人（占 1.7%）增加至 2024 年 121 人（占 10.8%），其中以男性為主，年齡層主要集中於 25-44 歲，傳播途徑以不安全性行為為主。近期外國籍感染者之國籍以越南、印尼、菲律賓、泰國等東南亞國家為主，來台身分以移工、學生、外籍配偶等，亦有少數外籍個案係持觀光簽證入境來臺從事性交易服務者。而自 2025 年起，部分國家因美國國際開發署（USAID）等國際援助單位資金撤離情形導致愛滋防治工作停擺，國際交流及人員跨國流動所致境外移入疫情將可能對於民眾健康產生衝擊與影響。此外，在臺外籍愛滋感染者若不符合「人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法」，需自費負擔愛滋治療費用，經濟負擔將影響個案就醫服藥穩定性，除影響自身健康，亦可能造成社區病毒傳播風險。

另分析近 5 年（2020-2024 年）之新通報女性愛滋感染者（共 294 人），其中外籍女性個案占比約 3 成，感染途徑以異性間不安全性行為為主（占 9 成）。部分外籍女性愛滋感染者因持觀光簽證來臺非法工作或逾期居留期間懷孕、或從事性交易服務，受限於語言隔閡、文化差異及對國內法規與醫療體系的不熟悉，難以取得愛滋及性傳染病

防治資訊與資源，為資訊落差影響下的弱勢族群，部分個案因此未能接受產檢即生產，不僅錯失早期介入治療的黃金時機，亦提升母子垂直感染的風險。

（六）愛滋新增感染數下降，但延遲診斷比例仍高，且仍有 8%愛滋感染者尚不知道自身愛滋感染狀態

我國新通報愛滋感染人數自 2018 年起開始下降，顯示整體防治策略已見成效，然而感染愛滋病毒後通常無明顯症狀，少數感染後 2-4 週急性感染期可能出現發燒、類流感或皮膚紅疹等非特異症狀，容易被忽略而未能及時就醫或透過檢驗發現，但已具有傳染力，亦可能持續有風險行為導致病毒傳播，故「延遲就醫診斷」與「未診斷感染者」仍為當前面臨的重要挑戰。分析 2024 年新通報愛滋感染個案資料，在排除急性初期感染者人數後，延遲就醫診斷（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；進一步以年齡層進行分析，青壯年之 35-44 歲延遲就醫診斷比例（46%）遠高於平均（37%），如何降低該等族群延遲診斷的比率，提供其早期發現及早接受治療，為愛滋防治的重要議題，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醫療負擔；公共衛生方面，透過治療有效控制感染者體內的病毒量，可降低愛滋病毒傳播風險；更能透過衛教諮商，主動提供感染者伴侶服務，期以及早發現潛在感染個案，或是協助轉介提供相關預防服務，包含：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。

為掌握國內已感染愛滋病毒但尚未經診斷之人數與其比例，以美國疾病預防控制中心數理模型進行推估，我國 2024 年尚有 8%（2,861 位）愛滋感染者未經診斷，其中男性 2,717 人、女性 144 人；如依據危險因子分類，男男間不安全性行為者估計有 2,383 人尚未被診斷，未診斷率為 8%，異性間不安全性行為者估計有 446 人尚未被診斷，未診斷率為 9%，注射藥癮者估計有 32 人尚未被診斷，未診斷率為 0.8%；如依據年齡層分類，13-24 歲未診斷人數為 254 人，未診斷率為 27%，25-34 歲未診斷人數為 1,215 人，未診斷率為為 13%，35-44 歲、45-54 歲及 55 歲以上未診斷人數分別為 884 人、323 人及 186 人，未診斷率分別為 6%、3%及 3%。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，亟需進一步提升愛滋篩檢覆蓋率與可近性，鼓勵風險族群定期檢驗，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）存活愛滋感染者漸年長，面臨多重共病及長照等照護議題

我國愛滋防治政策推動愛滋診斷即刻治療，使愛滋病毒感染者接受抗逆轉錄病毒治療（Antiretroviral Therapy，ART）相當普及，加上該藥物的良好效果，多數穩定就醫治療控制病毒量的感染者能將病毒量控制在極低，甚至無法測出的水平，根據美國疾病管制與預防中心（Centers for Disease Control and Prevention, CDC）的報告，愛滋感染者平均壽命已可達 70 至 80 歲，幾乎已與一般人相當。然而愛滋感染者逐漸步入中老年，老化、共病、失能情形也隨著年齡增加，對於長期照顧的需求亦日益提升。

感染者面臨的健康問題卻不同於一般老年人口，這群人可能因長期使用 ART 藥物，以及病毒本身長期在體內對免疫系統造成慢性發炎，較早出現多種與老化相關的慢性病，包括心血管疾病、糖尿病、慢性腎病、骨質疏鬆、神經退化疾病等；另外，感染者罹患惡性腫瘤，如卡波西氏肉瘤（Kaposi's sarcoma, KS）、非何杰金氏淋巴瘤（Non-Hodgkin's lymphoma, NHL）或 HIV 相關神經認知障礙（HAND）的風險亦高於一般人，這些疾病影響其生活自理能力，需要持續性的照護與生活協助。

然而，多數感染者屬多元性別族群（LGBTQ+），家庭及社會支持資源相對較為薄弱，老後多數獨居或無家庭支持，缺乏照顧者成為極大問題，對居家式或社區式長期照顧服務、機構式照護服務存在迫切需求，但當他們在尋求長期照顧服務時，容易面臨文化敏感度不足、缺乏愛滋照顧知能訓練的居家或照顧服務員，甚至照護機構人員歧視、拒絕等問題，阻礙他們取得長期照顧服務。此外，感染者不僅受到生理層面的挑戰，心理與社會層面同樣存在嚴重問題，許多感染者經歷歧視與社會汙名化，導致缺乏自我認同、社會支持系統薄弱，特別是早期確診的感染者，在長期與疾病共處的過程中，可能歷經嚴重的社會污名與歧視，這些創傷容易引發憂鬱、焦慮、創傷後壓力症候群（PTSD）等心理問題，導致感染者對於自身加入長期照顧體系接受照顧服務存在巨大的心理障礙。

（八）個案管理及各項篩檢工作執行須資訊系統輔助來提升工作效率，惟數位應用及資訊系統經費爭取不易，更新汰換無法一步到位

我國為持續降低愛滋及性傳染病疫情，積極拓展多元防治政策，包括：整合相關篩檢資料、轉介就醫確診到後續治療追蹤等，皆需仰賴穩定、具備資料管理效能且符合資訊安全之資訊系統支援。然現行

愛滋防治相關系統建置已逾十年，部分模組功能老舊，無法全面支援相關人員執行業務所需，形成執行效能與政策銜接之落差。雖已持續提出數位轉型與系統更新之需求，惟受限於公務預算經費審核機制嚴謹、資訊資源多頭競爭，相關經費爭取不易，導致資訊系統汰舊換新進程無法一步到位，進一步影響個案管理品質與資料決策運用的即時性。

在資訊科技日新月異時代，為達2030年愛滋防治95-95-95目標，善用現有資訊軟、硬體設備與技術，建置使用者友善之系統，讓科技輔助個案管理業務並精進管理效能，故於2024年2月啟動愛滋追蹤管理系統改版建置案，並預計於2026年第一季正式上線。

除因應公衛端及醫療端愛滋個案管理需求外，亦需配合數位發展部符合各項資訊安全規定，並更新相關措施。HIV系統於2024年即藉由個人資訊管理系統（Personal Information Management System, PIMS）制度，確保個人資料蒐集及處理過程有充分、適當的控制措施，並依循PDCA的管理循環建立、實作、運作、監視、審查、維持及改善運作的有效性實施，亦結合資訊安全管理系統（ISMS）專業認知與訓練需求，完善個人資料安全防護機制，並有助於保護個人資訊、增強包括政府、個資當事人等利害關係人對於組織在個人資訊管理上的信心。

惟數位應用及資訊系統經費涉及系統開發及資訊服務等相關費用，資本門預算本爭取不易，加上公務預算編列的彈性不足，為讓預算額度足以面對愛滋疫情，同時亦須積極爭取足額預算辦理愛滋與性傳染病相關防治政策，以達到正向循環降低新案發生，故相關資訊經費需求常未能足額編列預算，軟硬體資訊設備之汰換及相關系統功能之增修因而無法一步到位。

（九）法規與去汙名的兩難

我國現行愛滋條例中有關刑事處罰的規定，乃是在 1980 年代末至 1990 年代初，當時全球尚無有效治療藥物，且社會對愛滋充滿恐懼與未知的背景下所制定的法律架構。在那個階段，基於公共衛生風險控管與嚇阻目的，對愛滋感染者設立刑責被視為一種防疫必要手段。

然而，隨著醫療科技的進步，愛滋已從致命疾病轉變為可長期穩定控制之慢性病，經規律服藥即可有效抑制病毒量達到「測不到病毒即不傳染」（U=U, Undetectable＝Untransmittable）的效果， 此新科學證據與醫療現況下， UNAIDS 與 WHO 均呼籲各國應檢討愛滋相關法律中對感染者的刑事處罰條款，UNAIDS「愛滋入罪化」（HIV Criminalization）報告指出，愛滋入罪化不但無助於防治，反而妨礙感染者接受篩檢與治療，並違反平等與不歧視人權的原則，並強調刑事法律應僅限於處理蓄意傳染且實際造成感染的極端情況，而不應針對未揭露、未造成傳播，或已採取預防措施者（如穩定服藥或病毒量低）進行懲處，刑罰手段不僅無效，還可能加劇歧視與恐懼，進一步阻礙愛滋防治工作，因此，逐步檢討並限縮愛滋刑責的適用，建構人權導向的防治策略，已成為國際防疫與公共衛生政策的重要趨勢與建議方向。

醫學實證日新月異，而我國法律卻需經立法程序修正，制度調整相對緩慢，無法跟上愛滋防治策略調整；另社會大眾對愛滋仍普遍懷有恐懼與誤解，使涉及「除罪化」等改革訴求常遭輿論質疑，形成政策推進的民意阻力；又現行法規同時被期待能保護感染者與其伴侶雙方權益，當發生感染傳播爭議時，常面臨保障知的權利與避免歧視的價值衝突，亦使法律實務上難以取得明確標準，並加深適用判斷之難度。

現階段我國愛滋防治重點在於提升篩檢率與治療覆蓋率，我國政府長期提供免費抗病毒藥物，目的即在鼓勵感染者穩定治療、有效控制體內病毒量，降低傳播風險。因此，檢討我國愛滋法規中特定條文之刑責適用，已是當前公共衛生政策改革與人權保障發展的必要方向。透過法規修正與去污名行動並行，方能打造一個兼顧個人尊嚴與公共健康的友善環境，促使更多感染者願意揭露、就醫與接受治療，共同邁向終結愛滋流行的目標。

（十）部分 M 痘風險族群對 M 痘風險意識低，M 痘疫苗科學技術發展之限制，以及疾病汙名化與歧視，使 M 痘疫苗接種推展不易

人畜共通的特質，讓 M 痘無法像天花一樣有根除的機會，再加上 M 痘的潛伏期約為 1-21 天，也使回溯疫調充滿挑戰，加上 M 痘病例常見於特定性行為族群（特別是男男性行為者）或社群，進而導致疾病汙名化與歧視，使確診個案與風險族群容易遭受社會排擠與標籤化，甚而造成隱匿疫情傳播，在 M 痘疫苗接種推展上構成挑戰。

部分風險族群對 M 痘的風險認知不足，導致其防疫意識與接種疫苗意願偏低，進而影響 M 痘疫苗接種涵蓋率，此外，現階段 M 痘疫苗的科學技術之限制，包括：疫苗解凍開瓶後儲放及必須在時限內使用完畢之限制、疫苗保護力與持續時間仍待長期觀察，尤其在不同病毒株（Clade I、Clade II）間可能具差異，在特殊族群（孕婦、免疫功能低下者、12 歲以下兒童等）之疫苗安全性與有效性須持續蒐集監測等因素，加上民眾對疫苗副作用疑慮，都影響疫苗接種可近性與接受度。當民眾擔憂暴露個人隱私或被貼上負面標籤時，可能選擇不主動就醫、拒絕接種疫苗與獲得衛教資源，進而導致疫情難以掌握，社區傳播風險上升，因此提升族群風險意識、強化衛教宣導溝通策略，以及減少汙名與歧視，是推動 M 痘防治的重點議題。

貳、計畫目標

一、 目標說明

有關愛滋相關指標係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。另考量性傳染病其傳播途徑、受影響族群與防治策略與愛滋高度重疊，故以性病個案 HIV 篩檢率及降低我國梅毒及淋病等法定性傳染病發生數作為指標。

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

2031 年達成降低愛滋新通報感染人數至 750 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 2027 年將愛滋新通報感染人數下降至 900 人，以期於 2031 年達成下降至 750 人之目標。

（二）績效指標

1. 預防：訂定 2031 年目標至當年度 10,000 人使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. 通報性病法定傳染病個案 HIV 篩檢率：通報梅毒、淋病、急性 A、B、C 型病毒性肝炎及 M 痘個案完成 HIV 篩檢比率 2031 年達 92%。

3. 愛滋整體績效指標：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 2031 年目標達成「已感染者達病毒量測不到的比率為 86.8%」（3 個 95%乘積值）。

4. 性傳染病整體績效指標：降低淋病及梅毒新通報感染人數，並訂定 2031 年每 10 萬人口之淋病及梅毒新通報感染人數達 70 以下。

表一、主要目標與績效指標

項目	衡量標準	年度目標值				
		2027	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
總目標						
降低愛滋新通報感染人數	愛滋新通報感染人數/年 2024 年：1,000 人	900	850	810	780	750
績效指標						
1.預防						
使用暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）人數*[註 1]	當年度使用暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）人數 2024 年：6,711 人	8,000	8,500	9,000	9,500	10,000
2.篩檢						
通報性病法定傳染病個案 HIV 篩檢率	通報梅毒、淋病、急性 A、B、C 型病毒性肝炎及 M 痘個案完成 HIV 篩檢比率 2024 年:88%	88%	89%	90%	91%	92%
3.愛滋整體績效指標						
愛滋已感染者達病毒量測不到的比率*[註 2]	愛滋已感染者達病毒量測不到的比率 2024 年：83%	86%	86.2%	86.4%	86.6%	86.8%

項目	衡量標準	年度目標值				
		2027	2028	2029	2030	2031
4.性傳染病整體績效指標						
降低淋病及梅毒新通報感染人數*[註3]	每10萬人口之淋病及梅毒新通報感染人數 2024年：74	80	78	76	73	70

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)。

註3： 淋病及梅毒病例數透過本計畫加強篩檢策略，及早發現潛在感染個案，初期會使新通報淋病及梅毒感染人數呈現上升，然透過整體各項防治作為使疫情受有效控制，病例數將呈逐漸下降趨勢。

參、現行相關政策及方案檢討

一、 愛滋防治政策

（一）愛滋防治體系

1. 強化防疫基礎建設及跨單位與民間組織之防治網絡

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，提升衛教宣導、PrEP 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。

2. 去歧視策略及友善醫療

為減少社會大眾對於愛滋的歧視與污名，我國持續透過跨部會協作及與民間團體等相關單位合作，結合醫療、護理、防疫及學會等民間組織或團體，辦理各類教育訓練與衛教活動，包括愛滋與性傳染病防治、篩檢諮詢、個案管理及校園宣導等，並透過多元管道推廣「U=U」概念，導正大眾對愛滋傳染途徑的誤解，

並促使社會逐步將其視為可控制的慢性疾病，協助民眾同理與尊重感染者，營造友善共融的社會環境。

而醫療專業人員部分，我國持續與泌尿科、家醫科、感染症及婦產科等醫學會合作辦理「性健康友善門診品質計畫」，並委託台灣愛滋病學會錄製「U=U 教育訓練課程」，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。另與相關醫學會（如：皮膚科醫學會、大腸直腸外科醫學會等）、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防治、去歧視、尊重接納及關懷、隱私保護重要性等議題納入課程，強化第一線醫療衛生及相關服務人員對性別與文化敏感度、愛滋的正確理解及友善服務態度。

另自 2023 年起於「愛滋病指定醫事機構整合式服務計畫」納入「醫院營造友善醫療服務」子計畫，邀集醫療院所參與，以內部審視服務流程、發現潛在問題並研擬改善策略的方式，提升院內人員疾病認知與感染者應對能力，並逐步建構可安心就醫之全人照護環境，以持續強化友善醫療服務之可近性與品質一致性，期成為其他醫療機構可參考之示範標竿。

3. 建構健全法制環境，法規與時俱進

我國法規體系健全，以傳染病防治法及愛滋條例為核心基礎，依愛滋條例訂有「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。

為呼應最新科學及醫學實證，我國於 2021 年修正「危險性行為之範圍標準」，將「重大傳染風險」納入判斷基準，有助合理限縮愛滋條例第 21 條刑責適用之範圍，另為保障感染者權益及使縣市處理愛滋感染者權益受損案件有所依循，於愛滋防治工作手冊明定感染者申訴流程，包括：權益受損案件處理原則、申訴案件處理及審議流程等，近年每年平均約接獲 6 至 7 件感染者申訴案件，其中以就醫相關案件為主。

隨著醫療科技快速進展，相關法規亦須持續調整以符合現況，囿於法律的修正需歷經立法程序，時程較長，且社會大眾對愛滋仍存有一定程度的恐懼與誤解，導致推動相關修法仍具挑戰，爰將持續滾動式檢討，結合跨部門協作機制，並強化與社會各界之溝通交流，持續檢視與優化法規條文，使法規與醫學實證、人權理念相互銜接及與時俱進。

（二）預防策略

為防治我國愛滋及性傳染病，除積極提升全民預防知能與加強衛教宣導外，亦針對不同族群推動各項核心防治工作，涵蓋性教育、性健康及性傳染病防治範疇，包括：性傳染病自我防護觀念推廣、暴露愛滋病毒前/後預防性投藥、藥癮愛滋減害計畫、母子垂直感染防治措施等，分述如下：

1. 衛教知能促進及推廣

愛滋及性傳染病主要經由不安全性行為傳播，其根本預防之道，須落實性教育，包括宣導正確性觀念、尊重自我與他人身體自主權等，並建立正確的防治態度及知能，且預防青少年過早發生性行為，並結合醫事人員（含婦產科醫師、心理師等）自主開發「We girl，我們女生」專屬女孩之健康教育課程及和泌尿科醫師合作開設男孩專班，使青少年/女可從分眾課程了解生理狀況變化，並學習正確之性教育知識。持續透過多元化管道宣導「性病防治 ABCD 原則」，包含：A（Abstain）拒絕性誘惑、B（Be Faithful）忠實性伴侶、C（Condom）性行為使用保險套、D（Detecting & Drug）定期篩檢與預防性投藥。另透過各級學校健康促進學校計畫，於校園辦理愛滋及性傳染病防治工作，培養年輕學子性健康及自我防護意識，並因應十二年國教課綱，請專家學者編撰各級學校愛滋及性傳染病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及性傳染病防治之重視，讓愛滋及性傳染病防治向下扎根。

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或愛滋自我篩檢自動服務機，提高年輕族群健康知能及取得保險套之可近性。截至 2024 年全國大專校院共裝設保險套服務機達 162 台、愛滋自我篩檢自動服務機達 19 台，亦透過分眾宣導、跨部會合作、地方政府衛生局及民間團體共同辦理宣導，將安全性行為（safer sex behavior）培養為全民健康生活的一部分，預防感染愛滋及其他性傳染病。

2. 新式預防工具導入及擴大暴露愛滋病毒前預防性投藥（Pre-exposure prophylaxis, PrEP）計畫

WHO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，我國於2016年推行前驅性計畫，於5家醫院試辦，後續於2018年9月正式推動公費PrEP計畫，與38家醫療院所合作，優先針對30歲以下之年輕族群及感染者配偶/性伴侶之風險族群，提供衛教、諮詢、篩檢、適用性評估等整合性服務，截至2020年共有2,176人加入計畫，執行醫療院所亦增加為42家。由於執行成效良好，自2021年4月起，將補助對象擴大為35歲以下之年輕族群及感染者配偶/性伴侶，另計畫調查亦發現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，故自2022年起，高風險對象如為性交易服務者及藥癮戒治者，不受35歲以下之年齡限制，均可加入公費計畫，期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。

為擴大公費PrEP計畫服務的量能，2024年將公費PrEP計畫納入「愛滋病指定醫事機構整合式服務計畫」必執行項目之一，並與相關醫學會（如:台灣家庭醫學醫學會、台灣婦產科醫學會、台灣泌尿科醫學會、台灣感染症醫學會等）合作推展，使服務醫療院所家數從2021年37家增加為2024年113家，以提升計畫服務之可近性，亦使每年加入計畫之人數持續增加，2021年4月至2024年12月期間加入計畫人數共計8,491人（年輕族群7,721人，感染者配偶/伴侶770人），而於適用性評估階段篩檢發現15位愛滋感染者，計畫期間則發現27位愛滋感染

者（其中 5 位為空窗期加入），陽性率 0.3%，可見公費 PrEP 計畫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病毒。未來將持續辦理公費 PrEP 計畫並逐步擴大服務量能，提高服務可近性，使有需要的民眾都能獲得公費 PrEP 服務。

本部疾管署於 2021 年委託「財團法人醫藥品查驗中心」針對推動公費 PrEP 計畫對我國愛滋防治之效益評估，結果顯示相較於未導入 PrEP 計畫，若推動公費 PrEP 計畫涵蓋率於 10%以上，其 ICER（遞增成本效果比）與 ICUR（遞增成本效用比值）皆小於國內 3 倍 GDP per capita，若以我國效用閾值設定為 3 倍 GDP per capita（300 萬元），公費 PrEP 計畫為具成本效益的策略。此外，倘若效用閾值調整為 2 倍 GDP per capita，且 PrEP 藥價降低至健保價之 80%以下，則 PrEP 的效益可提升至 99%，極具效益。

在擴大推動公費 PrEP 計畫的同時，亦須確保執行醫療院所能提供優質的 PrEP 整合式照護服務。依據本部疾管署於 2017 年訂定之「醫事機構執行人類免疫缺乏病毒預防性投藥服務規範」，醫事機構須完成相關教育訓練時數，並向衛生單位申請，才能提供 PrEP 服務，而提供 PrEP 服務期間，每年亦應定期接受相關教育訓練，以確保執行機構持續獲取愛滋防治及 PrEP 相關知能，提供民眾妥適之 PrEP 服務。除了公費 PrEP 服務外，對於不符合公費計畫資格且有使用 PrEP 需求者亦可選擇自費 PrEP 服務，截至 2024 年底，全國有 117 家執行醫療院所提供自費 PrEP 服務。

3. 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維持治療，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，提升藥癮者清潔針具取得之可近性及方便性，避免藥癮者共用注射用具。截至 2025 年 6 月底，全國共設置計 800 處衛教諮詢服務站、395 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 96%。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維持治療服務，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 2025 年 1.3%，成效顯著。

4. 預防母子垂直感染

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。每年約提供 14 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 2023 年有 1 例本國籍母子垂直感染個案，符合 WHO 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 0.17 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 1.4%）。

為預防母子垂直感染發生，我國自 2008 年起免費提供疑似感染愛滋病毒之新生兒預防性抗病毒藥物治療及母乳替代品，以及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；並於 2024 年針對疑似或確診感染之愛滋嬰幼兒，由專人親督或視訊方式執行關懷服藥，確保主要照顧者能協助嬰幼兒穩定服藥，以維護其健康。

此外，自 2020 年起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，以利及早介入防治。而 2023 年發生之本國籍之母子垂直感染案例，係因該孕婦於妊娠期間未產檢，而錯失常規篩檢機會所致，由於曾多次人工流產，若能及早提供愛滋篩檢或可避免憾事發生，爰為強化女性之愛滋篩檢，促進潛在感染者及早診斷及早治療，消除母子垂直感染風險，自 2024 年 10 月 1 日起將人工流產女性增列為「孕婦全面篩檢愛滋病毒計畫」之公費 HIV 篩檢對象。

（三）目標族群主動篩檢發現及早介入

1. 導入新式診斷檢驗工具，加速確診時效

為強化我國愛滋病毒感染診斷之準確性與即時性，近年已導入 HIV 抗原/抗體複合型快速篩檢試劑、抗體免疫層析快速確認檢驗法及快速病毒量檢測等技術，應用於醫療臨床及公衛場域。HIV 初步檢驗方面，採用 HIV 抗原/抗體複合型檢驗作為首選，不僅可同時檢出 HIV-1 p24 抗原與 HIV-1/2 抗體，空窗期較傳統抗體檢驗大幅縮短，亦能顯著提升急性初期感染個案的辨識率，以利公衛及時介入防治。確認檢驗方面，依據 WHO 及美國 CDC 指引，導入抗體免疫層析快速確認檢驗法（ICT），結果可於 30 分鐘內由電腦自動判讀，可有效避免傳統西方墨點法常

見的「結果未確定」情形，另配合快速病毒量檢測，可進一步於檢出抗體尚未出現之急性初期感染者，及早偵測出潛在之感染者。

為全面優化 HIV 檢驗流程與確診時效，配合推動一系列政策與計畫，以利於醫療端及公衛端導入前揭檢驗技術。醫療端部分，自 2019 年「一站式愛滋匿名快速篩檢計畫」率先導入 HIV 抗原/抗體複合型快速篩檢試劑、抗體免疫層析快速確認檢驗法（ICT）及快速病毒量檢測等，並將檢驗時效納入計畫執行品質指標；另於「愛滋病指定醫事機構整合式服務計畫」，促使愛滋指定醫療院所同步進行確認檢驗與醫療轉介，相關醫療院所 HIV 平均通報時效由 2020 年之 8.6 日縮短至 2024 年 1.6 日，具明顯成效。而公衛端部分，我國自 2019 年起，協助公衛端全面改採抗體免疫層析快速確認檢驗法（ICT）及快速病毒量檢測作為標準確認檢驗流程，並藉由縣市防疫業務考評作業，列入執行成效指標項目等政策，落實檢驗在地化，以提升確診時效；截至 2024 年，全台各縣市均已採自行、委外或將個案轉介愛滋指定醫院模式，提供 HIV 初篩陽性個案完善且有效率之確認檢驗服務。

此外，我國自 2021 年起將抗原/抗體複合型快速篩檢試劑、抗體免疫層析快速確認檢驗法及快速病毒量檢測（NAT）等快速檢驗方法納入健保給付項目，搭配後續逐步汰除傳統抗體檢驗方法（包括：EIA、PA 與 WB 等），預期將進一步促進醫療體系檢驗模式更新，有效提升我國整體 HIV 確診效率、降低傳播風險，並強化早期發現與治療之整合策略。

2. 醫療端篩檢服務

我國參考 WHO 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」，並委託醫療院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，大幅縮短篩檢陽性個案至確診通報時間，篩檢至確診通報之平均天數由 2018 年平均 13 日縮短至 2024 年平均 1 日，達成加速確診時效，及早治療之目標。為提升篩檢可近性，積極拓展匿名篩檢服務網絡，參與匿篩服務之醫事機構家數逐年成長，由 2019 年 59 家擴增至 2025 年達 100 家，且服務單位由過去以醫院為主，擴展至診所及醫事檢驗所皆可提供，2024 年共提供 40,590 人次篩檢服務，新確診 HIV 陽性率約 0.5%。

而性傳染病亦會顯著增加感染 HIV 的風險，我國自 2008 年起推動「性傳染病、急性病毒性肝炎或藥癮病患全面篩檢愛滋病毒計畫」，並自 2017 年 10 月起將急性病毒性 A、B、C 型肝炎患者納入篩檢對象；2023 年 10 月 1 日起進一步擴大納入 M 痘、

桿菌性痢疾及阿米巴性痢疾等屬 HIV 風險族群之個案。依據2024 年檢驗資料，梅毒患者中約有 1.5%經篩檢後新確診 HIV，顯示針對性傳染病患者進行 HIV 篩檢，有助於及早發現潛在感染者，提升防治效益。

另對於醫療機構接受愛滋防治維持治療之藥癮者，可透過本部疾管署「愛滋感染者合併藥癮病患參與愛滋防治維持治療計畫」提供藥癮者 HIV 篩檢服務，並透過本部心理健康司之「藥癮治療費用補助方案」，補助藥物使用障礙症之評估、診斷及治療等相關費用，以期及早介入治療，有助於降低社區傳播風險並提升個案健康預後。於 2024 年維持治療藥癮者中，新確診 HIV 陽性率約 0.03%。

依「兵役法」第 33 條規定，HIV 感染屬於免役體位判定標準之一，且為配合體位評估作業，內政部役政署自 2001 年起將 HIV 檢驗納入兵役體檢項目，此舉可全面涵蓋應服兵役的年輕男性族群，為我國 HIV 防治策略中一項穩定的篩檢管道。兵役體檢亦間接提供了接觸特定風險族群的契機，以男男性行為者（MSM）為例，雖為 HIV 感染的風險族群，但因其身分具隱蔽性及社會污名等因素，實務上較難透過傳統通路主動接觸，藉由兵役體檢提供的篩檢機會，有助於早期發現潛在感染者。依據2024 年彙整近五年兵役體檢資料顯示，平均每年約有 13 萬人次完成 HIV 篩檢，陽性率約為 0.02%。此外，近年疫情趨勢顯示，年輕族群於 HIV 新通報個案中之占比有逐漸上升的情形，顯示青年階段潛在感染風險不容忽視，故透過兵役體檢進行 HIV 篩檢，有助於早期辨識未就醫個案，補足常規醫療體系中較難主動觸及之感染者，強化我國 HIV 防治網絡的完整性。

3. 公衛社區端篩檢服務（含多元性別健康社區服務中心篩檢服務）

(1) 公衛端篩檢服務：公衛體系長期在愛滋諮詢與篩檢服務中扮演關鍵角色，不僅透過衛生局（所）建立多元篩檢管道，並依據各地人口結構與風險族群分布，結合在地民間團體因地制宜辦理外展篩檢服務，藉以深入八大行業、性交易服務者及其他敏感族群活動場域，主動提供篩檢與衛教介入，提升高風險群體的服務涵蓋率。另為降低部分民眾因上班工時較長、請假不便或來回交通等因素而猶豫受檢，與民間企業合作，於職場推動篩檢服務，以提升可近性。同時，公衛體系也積極與警政、司法機關合作，針對警方查獲之高風險對象、藥癮者與性交易服務者提供篩檢、衛教、轉介等服務，以擴大篩檢涵蓋面；另就矯正機關新收容人而言，法務部亦有依據愛滋條例第 15 條第 2 項規定編列相關經費，於入監收容流程中提供新收容人愛滋篩檢服務，如有發現 HIV 陽性個案也會予以協助轉銜就醫接受治療照護，以利及早發現潛在的個案。此外，為降低風險族群流失風險，與在地醫療院所建立雙向轉介機制，提供更彈性友善的篩檢管道，以確保初篩陽性個案能順利轉介完成確認檢驗，以及時銜接醫療照護。

(2) 多元性別健康社區服務中心：為推動風險行為者愛滋預防方案，自 99 年起委辦民間團體設立「同志健康社區服務中心」，由社群力量號召動員，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多元服務，成功觸及風險族群，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；有鑒於同志中心計畫之服務對象已拓展至同志以外之多元性別族群，且受

到服務對象的信賴及認同，提供多元性別者支持陪伴諮詢篩檢及衛教等服務，2023 年採「多元性別健康社區服務中心」計畫服務模式，持續提供跨性別等多元性別族群服務。因應網路手機通訊應用軟體進步，運用 LINE、Instagram、Facebook、Dcard 等多元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。2024 年共提供 10,659 人次愛滋篩檢服務，初篩陽性率 0.1%；共計辦理 419 場次外展衛教宣導及諮詢服務，外展場域涵蓋三溫暖、酒吧、夜店、按摩場所、多元性別友善店家、健身房、美容美髮店等。

除營造多元性別友善的環境及提供篩檢及衛教諮詢等服務外，亦提前介入時機，對於風險族群提供預防措施，例如：針對愛滋篩檢陰性且具感染風險者，積極轉介加入公費 PrEP 計畫，以有效預防 HIV 感染。另因應我國 M 痘本土疫情升溫，深入風險族群宣導推廣 M 痘疫苗接種服務，並透過多元性別健康社區服務中心發揮創意或與社群具影響力人物（如網紅、意見領袖等）合作，宣導 M 痘防治及疫苗接種訊息，以有效觸及社群網絡族群。

(3) 同儕導師篩檢服務：同儕導師多來自於與目標群體相似的社會背景或群體，因此能夠更有效地建立信任關係，並與群體成員產生共鳴，透過自身的經驗及示範，影響風險族群對愛滋篩檢的態度，進一步普及化篩檢服務。我國持續透過多元性別健康社區服務中心及縣市衛生局（所）招募同儕導師，並辦理培訓課程，內容涵蓋愛滋防治知識、PrEP/PEP、安全性行為、篩檢前後諮詢、篩檢試劑使用事項、藥愛防治訊息等，2024 年透過多元性別健康服務中心計畫招募之同儕導師達 80 名，共計提供 2,020 人次篩檢服務。

(4) 行動外展篩檢服務：為貼近年輕族群，結合多元性別健康社區服務中心於同志大遊行、跨性別遊行或彩虹市集等活動，辦理衛教宣導、愛滋篩檢、M 痘疫苗接種等服務，以延伸愛滋及性傳染病防治觸角，並藉由於專案活動設立攤位、租借場地、與友善商家合作匿名篩檢、行動巡迴車等方式，提供愛滋或其他性傳染病篩檢及諮詢服務，2024 年共提供 1,424 人次愛滋篩檢服務。

另連結 M 痘疫苗接種服務，併同提供愛滋篩檢衛教推廣服務，M 痘感染風險族群亦與愛滋感染風險族群重疊，為預防其合併感染 M 痘，以及降低感染 M 痘病毒後併發重症風險，藉由多元性別健康服務中心既有之社群號召力量，鼓勵符合接種對象之高風險群接種 M 痘疫苗，並提供誘因，以提升民眾 M 痘疫苗接種意願及接受愛滋篩檢服務，2024 年共藉由多元性別健康社區服務中心接種 1,340 人次，愛滋篩檢 936 人次。

4. 愛滋自我篩檢服務

匿名檢驗或醫療端篩檢雖有一定成效，然對部分風險行為群體而言，前往機構篩檢仍存有若干阻礙，例如：時間與地點不方便、交通不易、部分採預約制或名額限制、擔心隱私洩漏及擔憂社會歧視等情形。相較之下，自我篩檢試劑具高度隱私性與便利性，有助降低篩檢的心理與實務門檻。

為擴大防疫觸角使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，我國於 2016 年開辦「愛滋篩檢計畫」，透過人工發放點、自動服務機及網路訂購便利超商取貨付款等通路提供服務，截至 2024 年，累計提供 37 萬 6,243

人次愛滋自我篩檢服務，估計至少篩出 667 名初篩陽性個案，顯示計畫對於早期發現潛在感染者具實質助益。

為進一步觸及風險族群，考量我國愛滋疫情以 34 歲以下年輕族群為主，為減輕學生族群接受愛滋篩檢之經濟障礙，自 2022 年 11 月起辦理「校園免費試劑電子兌換券推廣活動」，提供學生族群試劑電子兌換券，可於實體通路或經網路訂購超商取貨取得免費試劑，且每 3 個月可再次申請，以鼓勵學生族群定期進行愛滋篩檢，截至 2024 年止共計 5,937 人次申請，計有 4,245 人次兌換取得試劑。

另考量我國 M 痘風險族群與 HIV 風險族群有高度重疊，自 2023 年 6 月起結合 M 痘疫苗接種服務，提供免費愛滋自我篩檢試劑，以擴大發掘潛在愛滋感染者，截至 2024 年共 27,674 人次取得試劑，至少發現 10 名初篩陽性個案，民眾自述陽性率為 0.7%，高於 2023 至 2024 年間整體愛滋自我篩檢自述陽性率（0.5%），顯示透過 M 痘疫苗接種服務之管道提供愛滋篩檢服務，可觸及目標風險族群，策略具成本效益與公衛防治價值。

5. 伴侶篩檢服務

愛滋感染者伴侶服務為重要的愛滋防治策略，旨在及早發現未確診的愛滋感染者，主要策略為針對已確診之愛滋感染者，透過諮詢引導其提供伴侶或接觸者資訊，並透過風險告知，使伴侶瞭解自身感染愛滋的風險並進而接受篩檢，以利及時轉介潛在愛滋感染者至醫療體系接受治療、或提供感染者血清相異伴侶轉銜 PrEP 預防服務。

伴侶服務的對象並不侷限於感染者的性伴侶或共用針具者，也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），使愛滋病毒感染風險族群可儘早獲得正確的愛滋防治資訊及愛滋篩檢服務。此外，伴侶服務亦結合衛教宣導、預防性投藥（PrEP）及藥物成癮治療等整合式介入措施，增強伴侶之自我防護知能，並提供服務資源，有助於增進感染者與其伴侶的心理支持，降低社區傳播風險。

依據美國研究指出，透過伴侶服務發現之感染者性伴侶、共用針具者或社群同儕中，愛滋新診斷陽性率可高達 20%。另我國 2024 年統計資料顯示，伴侶服務計追蹤 1,671 人次，檢驗出新診斷 HIV 個案計 71 人，HIV 新案陽性率達 4%，顯示伴侶服務為發掘潛在感染者之有效途徑。

為提升公衛人員之實務技巧，持續辦理衛生局/所等第一線愛滋防治工作人員之伴侶服務實務教育訓練，強化諮詢技巧與接觸者回溯訪談能力，協助個案主動揭露高風險接觸者，提升服務成效。並製作線上教學影片供各單位靈活運用，並整合專業資源建立「LINE 愛滋篩檢與伴侶服務專業諮詢平台」，提供即時一對一之技術諮詢與實務支持，協助各地第一線愛滋防治工作人員順利推動伴侶服務工作，提升整體防治品質與效益。

（四）儘速連結照護治療體系及個案管理服務

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。

為加強個案管理工作，我國自 2022 年起調整愛滋防治工作手冊暨個案管理工作流程，強化中斷就醫、服藥順從性不佳、或有特殊狀況之個案（包括：急性初期感染、未成年、母子垂直感染、具有抗藥性、近期出現合併性病或結核病感染等個案）之個案管理服務，針對不同個案的狀況採取合適的管理措施，以確保感染者穩定就醫治療，達病毒量良好控制之狀態。

為提升愛滋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整合式服務計畫」，與醫事機構合作，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。透過共同合作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，持續提升醫事機構醫療照護服務品質，並持續強化我國愛滋感染者個案管理與照護服務。截至 2025 年 7 月，愛滋指定醫事機構共計有 90 家醫院、2 家診所及 125 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 2024 年愛滋感染者有服藥比率達 96%，已服藥個案病毒量測不到率達 95%，優於全球平均。

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，大幅降低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撙節愛滋醫療費用，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，以順利使感染者就醫服藥。而 2020 年 12 月增列核准使用於初服藥者之二合一處方，並將其處方前專業審查界限調降為 10,800 元/月；另愛滋長效針劑治療（Cabotegravir/Rilpivirine）已於已於 2021 年及 2022 年取得我國藥品許可證，並於 2024 年納入健保給付項目，為口服有困難但病情穩定且無相關抗藥風險的感染者，提供另一種治療處方選擇。

針對外籍愛滋感染者服藥 2 年內費用，依「人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法」部分對象由疾管署公務預算補助，不符補助條件之外籍感染者，以轉銜民間團體等服務資源，透過母國帶藥、自費等方式取得藥品，惟經濟或社會弱勢之外籍愛滋感染者，常因無力負擔在臺愛滋治療費用而中斷治療，導致其日後發病、重症甚至死亡，除造成額外之醫療成本外，未穩定治療維持病毒量受控制狀態，亦有造成社區傳播之風險，爰我國自 2024 年 8 月 1 日起推動「在臺外籍愛滋感染者服藥 2 年內支持計畫」，針對經濟或社會弱勢且不符合補助辦法之外籍感染者提供捐贈愛滋治療藥品，並提供定期之 CD4 淋巴球及病毒量檢驗服務，截至 2025 年 7 月底，共有 120 名外籍感染者加入計畫，醫療院所領取捐贈藥品 1,117 人月份量。

因應愛滋感染者老化議題，為使第一線服務人員在尋求或協助愛滋感染者轉介長期照顧服務資源時有所依循，2023 年與本部相關司署共同編製「長期照顧服務資源手冊(愛滋感染者協力夥伴

篇）」，建立個案服務轉介流程與業務聯繫窗口並整合可運用資源。另與部立醫院、市立醫院及榮民總醫院等附設護理之家合作成立長照示範機構 24 家，並鼓勵愛滋指定醫院與長照機構合作，2025 年 6 月計有 29 家指定醫院與 56 家長照機構合作，收置 52 位感染者，提供感染者照護資源及人員教育訓練等，同時透過民間團體短期安置補助方案，協助轉介失能感染者至符合需求之長照服務體系，以獲得妥適照顧服務。

（五）慢性傳染病照護品質計畫與愛滋病指定醫事機構整合式服務計畫相輔相成，提升感染者照護品質及防治成效

為整合公共衛生與醫療資源，發展以病人為中心之照護模式，我國自 2023 年 6 月起推動「全民健康保險慢性傳染病照護品質計畫」，並配合國家政策自 2025 年起調整由公務預算支應，計畫名稱調整為「慢性傳染病照護品質計畫」。計畫透過提供「愛滋感染個案發現確診費」、「新收案個案管理照護費」、「追蹤個案管理照護費」及「個案治療監測評估費」等誘因，鼓勵醫療院所提升愛滋感染者確診時效及醫療體系連結效率，強化個案後續治療及照護管理。同時鼓勵醫療體系配置足額之愛滋個案管理師，積極協助個案穩定服藥與治療追蹤，並強化與公共衛生單位的轉銜與合作機制，提升整體照護連續性與成效

藉由前揭品質計畫與「愛滋病指定醫事機構整合式服務計畫」相互配合，有效提升愛滋個案確診時效，並建立個案穩定就醫及服藥機制，維持病毒量達良好抑制，進一步降低愛滋併發症與傳播風險，減少健保體系醫療資源之長期負擔，達成強化個案健康與提升公共衛生效益的雙重目標。

（六）國際合作

為了與國際接軌，透過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。2025 年 5 月於「2025 臺美衛生福利政策研討會」之衛政圓桌會議中，與到訪之美國學者分享我國愛滋及結核防治政策及成果；2025 年 6 月派員參加 APACC 亞太地區愛滋及合併感染會議，並於「增強性傳染感染/愛滋病毒應對措施的數位化服務/工具」主題中，針對台灣愛滋校園防治情形與相關統計進行演講。並且與韓國疾病管制與預防中心（KDCA）進行愛滋暴露前預防性投藥（PrEP）政策線上交流會議，分享我國愛滋防治、暴露前預防性投藥政策交流及成功經驗分享，促進我國與國際間之政策經驗交流。

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，以拓展國際視野，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，分享我國防治策略及經驗，增加國際曝光度，並促進國際交流合作。

二、 淋病、梅毒及先天性梅毒防治政策

（一）預防策略

1. 衛教知能促進及推廣

為提升一般大眾及風險族群對於梅毒、淋病等性傳染病防治知能及自我健康保護意識，透過多元管道進行衛教宣導，包括：發布相關議題新聞稿結合社群媒體宣導，1922 防疫達人臉書、Instagram、疾管家 LINE@及「性健康友善資源地圖」等，

提供民眾梅毒及淋病防治與衛教資訊，同時結合其他性傳染病，製作各式多國語言宣導素材（包括：衛教宣導影片、單張等），共同宣導安全性行為等預防觀念，提供公衛人員、醫療院所及民間團體等相關單位運用。

另透過「性健康友善門診品質」，與家庭醫學醫學會、泌尿科醫學會、婦產科醫學會及感染症醫學會等專業醫學會合作，積極辦理醫事人員梅毒與淋病等性傳染病防治教育訓練課程，並編訂梅毒與淋病相關性傳染病臨床診治指引，以提升醫事人員專業知能。

2. 成立跨部會合作平台，進行資源整合，落實青少年性教育（含性健康及性病防治）

為因應年輕族群性傳染病疫情，以及強化年輕族群自我防護能力，本部疾管署及健康署偕同教育部，於 2025 年 3 月共同成立「青少年性教育（性健康及性病防治）聯繫平台」，由兩部會共同主持並定期召開會議，就年輕族群性教育、性健康及性傳染病防治政策與資源進行整合規劃與執行，並依據十二年國教健康與體育領域課程手冊「全面性教育的意涵及教學實踐」內容及性教育相關研究，持續開發符合不同學齡階段需求之性教育教材，透過既有衛教平台強化宣導，特別著重性傳染病知能、保險套正確使用、安全性行為等重要自我保護觀念。

並結合醫事人員（含婦產科醫師、心理師等）自主開發「We girl，我們女生」專屬女孩之健康教育課程及和泌尿科醫師合作開設男孩專班，使青少年/女可從分眾課程了解生理狀況變化，並學習正確之性教育知識。另建置專業諮詢與篩檢資源，於參與匿名篩檢醫療院所設置「性傳染病諮詢平台」，由受過愛滋與性

傳染病訓練之專業人員提供匿名且具專業性之諮詢服務，並提供年輕族群免費快速梅毒篩檢，以降低感染風險並及早介入。

3. 預防母子垂直感染

依據本部疾管署監測資料顯示，近年感染梅毒的孕婦人數呈上升趨勢，自 2022 年 64 例增加至 2024 年達 157 例。風險因子分析顯示，主要感染原因為不安全性行為，反映出性傳染病預防知能於部分風險族群仍有不足，部分孕婦甚至於懷孕後期產檢時方才確診感染梅毒，亦曾發生新生兒罹患先天性梅毒，經追溯後才發現母親於孕期感染。此外，配偶或性伴侶未接受檢驗及治療，或反覆感染情形，亦為導致母子垂直感染之重要風險因素。

為有效掌握孕婦感染梅毒情形，本部疾管署自 2021 年起，透過梅毒通報資料與健康署之孕婦產前檢查就醫資料進行勾稽比對，以確認梅毒通報個案之懷孕狀況，自 2022 年起與婦產科醫學會合作，結合性健康友善門診計畫，強化婦產科醫師於臨床診治時，及早辨識與通報懷孕梅毒個案，確保及時介入治療。同時，本部疾管署亦持續對醫事人員宣導「孕期梅毒篩檢重要性」，並推動醫療院所縮短孕婦檢驗梅毒至接受治療之時效，以落實懷孕梅毒個案通報、治療及轉介就醫流程，降低母子垂直感染風險。針對已通報之懷孕梅毒個案，則由公衛人員與醫療人員共同追蹤其治療情形，確保個案接受適當處置，並後續監測其新生兒是否符合先天性梅毒通報標準及治療照護狀況。另為防止性病於個案及伴侶間重複傳播，修訂梅毒防治工作手冊，除原本就有懷孕梅毒個案之規範外，新增未滿 16 歲梅毒個案納入風險管理對象，訂定「16 歲以下性傳染病疫調指引」，並建立地方層級之

社政與衛政單位之雙向溝通機制，強化伴侶服務及接觸者追蹤機制，加強其配偶、性伴侶及性接觸者之篩檢與治療，以避免再感染或反覆傳播(俗稱乒乓感染)。

在民眾宣導部分，整合及運用相關資源，積極辦理女性與年輕族群之性傳染病衛教宣導，提升其對性病預防、篩檢及定期產檢重要性的認知，並強調懷孕期間仍須採取安全性行為，以預防母子垂直感染之發生。此外，持續透過與台灣婦產科醫學會、感染症醫學會、泌尿科醫學會及家庭醫學醫學會合作，辦理醫事人員教育訓練課程，強化醫療人員性病診治專業知能及疾病通報，並辦理公衛人員與醫療人員之預防母子垂直感染教育訓練，提升其對防治實務之整體應對能力。2024 年與感染症醫學會共同編訂「梅毒與淋病治療照護指引」，作為臨床診治之重要參考依據，以確保診療標準與品質。

（二）檢驗與治療照護

1. 辦理性健康友善門診服務，鼓勵個案及早就醫治療

性病防治的核心在於早期發現、及時治療與有效阻斷傳播鏈，然而在實務執行層面，性病感染者常因羞愧、汙名、隱私疑慮或遭受不友善對待，而延遲就醫或不願主動求診，導致延誤治療時機，造成嚴重健康後果及增加傳播風險。為提供更友善的就醫環境。

我國自 2010 年起持續與專業醫學會合作辦理「性健康友善門診品質計畫」，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，建構尊重隱私、去歧視、強化專業與同理之友善就醫環境，以鼓勵性病患者及早就

醫與治療，並提供患者及其性伴侶或配偶之整合式篩檢與衛教諮詢服務，以及早診斷及提供治療服務。

2. 針對風險管理個案進行疫情調查，提供介入防治措施

為有效控制梅毒及淋病疫情，持續強化公衛人員對於個案疫情調查，並提供相關防治介入措施，透過疫情調查掌握個案感染來源及可能風險因子，並提供個案關懷服務、風險溝通與個別化衛教，持續追蹤治療情形，確認個案依醫囑完成療程並定期回診，以避免再度感染。而醫療院所除應依「傳染病防治法」完成梅毒與淋病個案通報外，針對風險管理個案，包括：懷孕期間感染梅毒、1 年內重複感染淋病、感染具抗藥性之淋病個案等，提供適切治療與衛教指導，並提醒個案配合衛生單位後續之追蹤與關懷處置。

（三）個案管理與伴侶服務（含抗藥性監測）

為有效降低性傳染病之傳播風險，我國持續強化性病個案管理與伴侶服務機制，協助性病感染者及其性伴侶充分了解性傳染病之主要症狀、傳染途徑及可能引起之嚴重併發症。除確保感染者完成整體治療流程外，亦應鼓勵伴侶接受篩檢與衛教諮詢，使伴侶採取有效之預防措施，降低疾病傳播風險與維護伴侶雙方的健康。

此外，為建構淋病及梅毒全國檢驗網絡，提升淋病及梅毒檢驗品質、縮短檢驗時效，並加速個案通報與後續處置之時效，強化疫情監測與防治效能，本部疾管署推動淋病、梅毒傳染病認可檢驗機構，截至 2025 年 6 月止，淋病、梅毒認可檢驗機構分別為 105 家及 218 家。

為掌握淋病抗藥性趨勢，本部疾管署長期監測淋病雙球菌抗生素藥物敏感性，由各醫療院所送交淋病通報個案分離之淋病菌株進行抗生素藥物敏感檢測，後續回饋結果予地方衛生單位，再由地方衛生單位將疫調結果與抗藥性資訊回饋原通報之醫療院所，提供臨床醫師評估是否調整治療方案，確保治療用藥之有效性。

三、 M 痘（Mpox）防治政策

（一）預防策略

1. 衛教知能促進及推廣

我國持續於機場港埠針對出入境旅客或相關工作人員，強化宣導防治資訊，另為提升社群網絡與民眾風險意識，製作多款衛教單張及宣導短片等素材，透過多元管道（如：LINE、IG、FB、相關網站、交友平台等）進行分眾宣導，並與相關民間團體、社群召開座談會及運用其網絡傳遞防治訊息，結合社群同儕的力量共同防治 M 痘。

衛教素材採取審慎及中性化語言，避免強化刻板印象，聚焦於「行為風險」而非「身分標籤」，強調任何人若有特定接觸行為皆可能面臨感染風險。另針對風險族群部分，積極與相關民間團體、社群等合作，透過民間團體發揮創意，針對其社群文化特性，進行改編與製作相對應內容，包括：如何自我防護、疫苗接種等，以有效觸及具風險行為民眾，使其儘速完成 2 劑疫苗接種，如涉及多元性別族群或可能發生性行為的營業場所等比較敏感的內容，亦透過社群網絡傳遞發送訊息，以避免汙名或歧視。

2. M 痘疫苗接種分眾宣導與推廣

為有效控制 2023 年起本土 M 痘疫情並降低傳播風險，我國緊急採購 MVA-BN（JYNNEOS®）疫苗，並經專家會議及衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組（ACIP）會議研議接種策略，考量疫苗特性、接種效益與接種民眾服務需求，18 歲以上接種對象優先以採皮內注射、集中接種方式為主。

為鼓勵合作院所開設夜間及假日門診，於 2024 年 8 月調整夜間及假日門診可提供 M 痘疫苗皮下接種服務；另考量性病患者屬較難觸及之風險族群，自 2025 年 3 月起，疑似或曾（含目前）通報淋病、梅毒、急性 A、B、C 型病毒性肝炎者或 HIV 感染者可提供 M 痘疫苗皮下接種服務，以提升疫苗接種可近性與便利性。

M 痘病毒傳播具侷限性，WHO 建議不進行大規模接種，我國依其建議將「暴露前預防（PrEP）」接種對象訂為：正痘病毒屬之實驗室操作人員；與確診 M 痘個案曾有任何形式性接觸之高風險接觸者；近 1 年有風險性行為者（例如：多重性伴侶、性交易服務者、於營業場所發生性行為者；過去曾罹患性病；或性接觸對象有前述任一情形者等）；照顧 M 痘確診個案之醫療照護與清消人員，以及協助疑似 M 痘個案檢體採檢或執行 M 痘疫苗接種作業人員。「暴露後預防（PEP）」接種對象依「M 痘疫情調查及接觸者追蹤指引之接觸者匡列處置原則」匡列，建議於暴露後 14 天內儘速接種。

依據美國研究文獻推估，風險性行為族群之疫苗涵蓋率需達 51%以上，方可有效控制 M 痘疫情，爰依國內疫情現況與公衛可掌握度，訂定我國 M 痘確診風險較高之四大族群，包括：暴露愛滋病毒前預防性投藥（HIV PrEP）使用者、男性 HIV 個案、男性近 5 年曾確診通報梅毒、淋病、急性 A、B、C 型病毒性肝炎等任

一種性病 2 次以上者、近 1 年內曾確診活性梅毒或淋病者，並提供名冊由縣市衛生局及合作院所主動催種，以強化涵蓋率。

M 痘以「親密接觸，特別是性接觸」為主要傳播途徑的特徵，此一特性使部分風險族群成為疫情防治的重點對象，然若僅以一般大眾宣導方式，容易加深社會對特定族群的污名化，反而降低其就醫、篩檢與疫苗接種意願。因此，防治策略必須採取「分眾溝通」與「精準宣導」模式，針對不同族群（如多元性別族群、跨性別者、性交易服務者、性病患者等）設計合宜的衛教訊息，並確保內容具文化安全與尊重性。

考量 M 痘疫苗接種對象之特性與其對隱私的顧慮，我國參考國際作法，與愛滋指定醫療院所、HIV PrEP 計畫院所及性病友善院所建立夥伴關係，透過補助鼓勵醫療院所開設 M 痘疫苗接種門診，並優化接種流程與動線設計，確保個人隱私。另由各縣市因地制宜拓展多元接種場域，並結合跨部會資源至風險族群聚集處（包括：校園、三溫暖、八大風險場域、MSM 族群聚集之運動中心、酒吧、軍營、監所、外籍移工聚集地等），提供疫苗接種服務或衛教宣導，並同步提供愛滋等性傳染病篩檢、愛滋自我篩檢試劑發放等整合服務，以積極強化風險場域防疫措施。疫苗接種表單與衛教單張亦設計多國語言版本，以方便外籍人士與移工使用。

（二）疫情監測通報與檢驗

自 2022 年 5 月英國發布 M 痘人傳人疫情後，我國即啟動相關防疫應變措施，加強對機場入境人員健康監測、宣導 M 痘臨床症狀，及確認國家實驗室檢驗能力，並持續進行疫情監測與通報。與各縣市衛生局及專業醫學會（包括：台灣感染症醫學會、台灣泌尿科醫學會、台灣婦產科醫學會及台灣家庭醫學醫學會等）密切

合作，透過舉辦研討會、發布致醫界通函與函文、製作專業人員教材等方式，提升醫療人員對 M 痘診治及通報之專業知能與警覺。

面對新興傳染病疫情挑戰，本部疾管署國家實驗室確立檢驗方法，採用現行國際主流之具高靈敏度與專一性的分生檢驗技術，以縮短檢驗時間。另為強化整備我國對 M 痘疫情整體應變能力，持續建立 M 痘檢驗網絡與建置檢驗量能，積極輔導認可檢驗機構提供 M 痘檢驗，以確保確診個案能及時獲得診斷並提供其適切介入防治措施與醫療照護服務，截至 2025 年 6 月全國已建立 8 家認可檢驗機構，形成基礎檢驗網絡，並視疫情發展彈性擴充檢驗量能。

（三）個案及接觸者處置與個案治療照護

1. 疫情調查及接觸者追蹤

M 痘為可人傳人之傳染病，且潛伏期長、傳播途徑多樣（包括皮膚接觸、飛沫及間接接觸等），為防止疫情擴散並及早切斷傳播鏈，迅速且完整的個案疫調與接觸者追蹤為防疫核心策略之一，我國明訂地方衛生單位需於個案確診後 24 小時內完成疫調作業，迅速建立接觸者名單，落實後續追蹤與衛教介入。

對於風險較高的接觸者，依據「M 痘疫情調查及接觸者追蹤指引」提供疫苗接種建議，並要求進行自主健康監測 21 天，以提升早期發現與防堵傳播之效能。同時提供衛教資訊，協助接觸者辨識症狀及瞭解相關防護措施。

辦理疫調過程中，高度重視個案隱私保護及資訊揭露比例原則。特別是 M 痘常與性行為相關聯，涉及個人隱私與可能社會歧視風險，若處理不當將導致個案隱匿接觸史或拒絕配合疫調，進而

影響防疫，爰採用中性語言與最小揭露原則，避免不必要的族群標籤與汙名。

2. 建立 M 痘個案管理處置流程及介入措施

原 M 痘個案通報後需於醫院隔離至確診排除或結痂掉落為止，隔離天數長達數週，影響患者生活甚鉅，對當事人生活、經濟及心情都具有相當程度的影響，甚至有個案因長時間隔離，產生焦慮與自殺意圖。為兼顧醫療量能、民眾權益及社區防疫安全，經參考 M 痘病毒傳播力與侵襲率等相關國際文獻證據，以及先進國家對於 M 痘確診個案之隔離政策與處置措施，復考量本土疫情係以性接觸傳播為主，一般日常生活、工作接觸感染風險低，爰依專家會議決議自 2023 年 4 月 12 日起調整個案處置相關流程，通報或確診個案經臨床專業評估，醫療上無住院治療照護之需要，且家中條件適合（可 1 人 1 室），可返家自主健康管理。同時因應個案可返家自主健康管理，製作「居家自我照護指引」，供醫療院所與衛生單位衛教及民眾使用，並協請皮膚科醫學會製作「M 痘皮膚照護建議指引」，提供確診個案護膚建議措施，另針對居家自主健康管理個案進行追蹤與關懷，確認是否有就醫需求，以提供確診個案照護與心理支持，增進個案主動就醫診斷之意願。

3. 提供 M 痘個案抗病毒藥物治療

大多數 M 痘病患的病程為自限性（self-limiting），因此以輸液治療與維持營養等支持性療法為主，以減輕症狀和併發症，抗病毒藥物使用對象以重症患者為主，我國採購並配置抗病毒藥物（Tecovirimat），並依專家會議決議訂定藥物使用對象，提供 M 痘重症患者、嚴重免疫不全者、兒童族群（特別是 1 歲以下的嬰兒）、孕婦及哺乳婦女使用。

肆、執行策略及方法

一、主要工作項目

(一) 愛滋防治政策

1. 強化防疫基礎建設及跨單位與民間組織之防治網絡
2. 去歧視策略、友善醫療服務
3. 增強預防性方案
4. 目標族群主動篩檢發現及早介入
5. 儘速連結照護治療體系及整合式個案管理
6. 愛滋抗藥性監測、群聚或群突發事件監測及應變

(二) 淋病、梅毒及先天性梅毒防治政策

1. 預防策略
2. 檢驗與治療照護
3. 強化個案管理與伴侶服務（含抗藥性監測）
4. 結合愛滋預防與篩檢的整合式服務網絡

(三) M 痘（Mpox）防治政策

1. 預防政策
2. 疫情監測通報與檢驗
3. 個案及接觸者處置與個案治療照護

(四) 強化研究發展與國際合作

1. 國際參與及鼓勵科學研究
2. 消除母子垂直感染認證預備工作盤點

二、分期（年）執行策略

執行策略/工作項目			執行年度				
			2027	2028	2029	2030	2031
(一)愛滋防治政策	1.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					
		強化公衛及醫療體系之連結					
		結合民間團體拓展防治網絡					
		持續辦理防疫人員專業訓練					
		強化防疫基礎資訊系統建設，導入人工智慧（AI）技術增加效能					
	2.去歧視策略、友善醫療服務	政府、醫療機構、民間團體等全面推動去歧視、性別友善宣導及友善醫療服務					
	3.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計畫					
		持續辦理預防母子垂直感染計畫					
		年輕族群及關鍵族群防治計畫					
	4.目標族群主動篩檢發現及早介入	接軌國際導入「選擇性退出篩檢（opt-out）」					
		醫療端篩檢服務					
		公衛社區端篩檢服務					
		愛滋自我篩檢服務					

執行策略/工作項目			執行年度				
			2027	2028	2029	2030	2031
		愛滋感染者之伴侶篩檢服務					
		同儕導師暨社群網絡友善篩檢服務					
	5.儘速連結照護治療體系及整合式個案管理	加速確診時效，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					
		強化特殊應關懷、困難個案及外籍人士等個案之管理					
		提供以病人為中心之整合式服務					
		運用創新技術優化個案管理效能					
		慢性傳染病照護品質計畫與愛滋病指定醫事機構整合式服務計畫相輔相成，提升感染者照護品質及防治成效					
		感染者長期照顧及處遇服務					
	6.愛滋抗藥性監測、群聚或群突發事件監測及應變	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					
(二)淋病、梅毒及先天性	1.預防策略	衛教知能促進及推廣					
		年輕族群及關鍵族群防治					
		持續辦理預防母子垂直感染計畫					
		評估導入新式預防工具					

執行策略/工作項目			執行年度				
			2027	2028	2029	2030	2031
梅毒防治政策		推廣 Doxy-PEP 等性傳染病防治政策					
	2.檢驗與治療照護	持續辦理性健康友善門診服務，營造友善就診環境，鼓勵個案及早就醫治療					
		評估導入新式檢驗或治療工具					
		建置整合式友善性病檢驗網絡					
	3.強化個案管理與伴侶服務	強化個案管理與伴侶服務（含抗藥性監測）					
	4.結合愛滋預防與篩檢的整合式服務網絡	結合愛滋預防與篩檢的整合式服務網絡					
(三)M痘防治政策	1.預防政策	衛教知能促進及推廣					
		持續辦理 M 痘疫苗接種宣導與推廣，以及安全性監測					
		持續關注與評估新疫苗發展					
	2.疫情監測通報與檢驗	疫情監測通報與檢驗					
	3.個案及接觸者處置與個案治療照護	精進疫情調查及接觸者追蹤					
		落實 M 痘確診個案處置措施及自主健康管理					
		確保 M 痘抗病毒藥物儲備					
		連結確診個案至 HIV 及其他性傳染病篩檢及諮詢服務					

執行策略/工作項目		執行年度				
		2027	2028	2029	2030	2031
(四)強化研究發展及國際合作	國際參與及鼓勵科學研究					
	消除母子垂直感染認證預備工作盤點					

三、執行步驟方法及分工

（一）愛滋防治政策

1. 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（包括：愛滋病防治及感染者權益保障會）及跨單位的合作機制，整合全國防治資源，檢視並調整相關法令規範，同時爭取足夠預算，以共同推動並落實各項愛滋防治工作。中央如有新制定之政策，將召開相關說明會議、製作相關手冊及指引等，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，督導所屬單位及所轄醫事機構，確

實執行各項防治工作，並依據制定之規範與工作流程辦理各項防治業務，並透過查核與輔導機制，確實落實執行各項防治措施。

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，為使中央與地方協力進行愛滋防治，亦請縣市政府配合中央防治項目，積極爭取相應預算，包括：維持個案管理人力資源、暴露愛滋病毒前預防性投藥藥物、篩檢試劑等費用。

縣市政府亦應配合中央政策，依據地方特性因地制宜，訂定縣市層級之愛滋及性傳染病防治計畫及督導考核之指標，或研提防治創意計畫，整合並發展在地化的資源，結合轄內醫療、公衛及民間團體等，共同推動愛滋及性傳染病防治。另制定縣市考評及獎勵措施，鼓勵縣市精進防治作為及品質，促進縣市良性競爭，並研訂縣市層級監測指標項目，包括：過程與結果指標等，提升縣市預防、篩檢、個案管理等績效，以達全國防治成效之目標。

(2) 強化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，使衛教諮詢、篩檢、轉介治療或預防服務、以及後續照護等過程，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。此一連結不僅包含基層衛生單位與醫療

院所之合作，亦須整合各級醫療體系、社區組織及防治網絡，透過制度化與資訊化的協作平台，確保服務不中斷，並能因應不同族群與地區特性，提供具備可近性、連續性及整體性的照護。

首先，須強化衛生局、衛生所等公衛單位與指定醫院、感染科門診之間的通報及回饋機制，建立即時且雙向的資訊流通，避免因轉介延誤而造成個案中斷治療或追蹤流失。其次，提供完善篩檢陽性個案的後續銜接服務，包括指定專人或個案管理師提供陪伴、追蹤及協助預約門診，以提升確診後立即就醫率與治療持續率。此外，對於個案的接觸者追蹤、公費與自費篩檢的轉介、以及暴露前後預防性投藥（PrEP、PEP）之可近性，亦需公衛與醫療端共同規劃，以人為中心的服務模式，降低傳染風險。

同時，公衛端亦須與醫療端合作推動愛滋去污名化，提升臨床醫護人員之敏感度與專業知能，確保醫療場域友善接納感染者與風險族群。醫療端則可透過回饋臨床觀察與治療成效，協助公衛端研擬更貼近實務之防治策略。透過跨專業團隊合作，結合精神科、心理師、社工師及非政府組織等，提供感染者心理支持、生活輔導及社會資源轉介，達到全人照護之目標。

而隨著數位科技之進步，公衛與醫療體系可進行合作共同建置整合式電子健康紀錄及追蹤平台，透過匿名化與隱私保護機制，於兼顧個資安全及隱私保護前提下，提升服務的可追蹤性及跨院所可銜接性，藉由制度面、服務面與科技面的全面強化，達成「早期發現、立即治療、持續關懷」

的整體目標。

(3) 結合民間團體拓展防治網絡

UNAIDS 持續倡議各國政府、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予愛滋感染者。我國愛滋防治相關民間團體發展蓬勃，持續強化及創新愛滋防治策略，其投入愛滋防治相關主題包括多元性別支持服務、暴露愛滋病毒前預防性投藥轉介服務、性傳染病衛教宣導、篩檢、立法倡議、長期照顧、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，提供貼近愛滋感染者需求之在地化服務。另可基於愛滋感染者需求，提供其相關急難救助、法律諮詢、陪伴就醫與提供支持資源、協助感染者申請長照或處遇服務資源等。我國近年持續結合政府各部會及民間團體推動愛滋防治工作，政策研擬時除政府相關部門及專家學者外，亦邀集感染者代表、民間團體等共同商議，使社群可參與決策討論。

為強化我國政府與國內愛滋相關民間團體之夥伴關係，持續積極扶植國內愛滋相關民間團體，加強與國內愛滋相關民間團體的合作深度，在國際經驗中，澳洲的愛滋防治策略特別強調社群組織及民間團體的核心角色「社區組織（Community organization）」，強調受重點關鍵族群（如：同

志或多元性別社群、藥癮者、性交易服務者…等）不僅是服務的接受者，更是政策推動與宣導的核心，藉由賦權社群及民間團體，確保防治政策符合文化脈絡與社群的需求，提升服務的接受度與可近性。將持續借鏡國際成功經驗，適時召開座談會溝通愛滋防治目標、執行方式，對於困難之處共謀解決之道，並持續投注資源加強合作，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、學校、社區資源、愛滋防治之合作單位或相關社會支持系統等，延伸愛滋防治觸角，拓展防治網絡，透過社群參與使愛滋防治服務更貼近實務需求。

(4) 持續辦理防疫人員專業訓練

愛滋病毒感染屬於需終身治療與追蹤管理的慢性疾病，確保感染者持續規律治療是防止病情惡化與降低傳播風險的關鍵。個案管理師在愛滋防治體系中，肩負治療順從性評估、提供衛教諮詢、心理支持以及轉介服務等多重任務，對提升個案治療成效與生活品質至關重要。由於愛滋及性傳染病有別於其他傳染病，感染途徑及危險因子可能牽涉社會與個人價值觀，且具有特殊社會脈絡及文化特性，防疫人員須具備性別與文化敏感度，並累積充分專業知識與照護經驗，方能即時提供適切協助與維持照護品質。

透過建置多元愛滋及性傳染病防治人才培育方案，強化醫療、護理、防疫及民間團體相關人員之防治知能，並持續辦理相關教育訓練，包括：愛滋及性傳染病防治、篩檢與衛教諮詢、個案管理師培訓及校園防治教育訓練等，提升第一線人員的性別與文化敏感度、衛教諮詢、檢驗及診治能

力，並增進校園防疫人員之專業知能，以配合政府政策提供周全、持續的預防與照護服務。

另邀請國內專家學者，辦理愛滋防治相關及醫療教育訓練課程，透過案例分享、分組討論等實務應用，並建立認證考核或外部稽核制度，以強化人員專業知能及服務品質。訓練內容亦強調多元同理的實踐，透過理解和尊重不同族群之文化、種族、性別、年齡、性傾向等差異，營造包容與支持的友善環境，增進防疫人員與不同文化背景族群的溝通互動技巧，提升民眾配合政府防疫措施之意願。

為使醫療及公衛人員不受時間與空間限制隨時精進技能，教育訓練亦須結合數位線上課程與實體講授等多元方式，有助於新進人員快速掌握防治工作要領，減輕人員輪替頻繁造成防治經驗斷層之問題。完成課程者另提供專業學分認證，以鼓勵學員主動參與學習，並就培訓人員進行性別統計，確保不同性別者有公平參與之機會。

(5) 強化防疫基礎資訊系統建設，導入人工智慧（AI）技術增加效能

在愛滋及性傳染病防治工作中，篩檢、個案管理及治療照護等環節須緊密銜接，方能有效達成「及早發現、立即治療、持續關懷」之目標。然而，目前各環節間仍存在資訊斷點，例如篩檢結果與後續醫療就診資料未能即時連結、跨院所個案管理工具不一致、治療依從性與後續照護缺乏即時監測，導致資源運用效率不足及個案流失風險增加，亟需強化防疫基礎資訊系統，並導入人工智慧（AI）技術，以提升服務效能與決策品質。

首先，在硬體基礎建設方面，需投入伺服器、資料儲存裝置及高速網路設備，以承載跨單位、跨院所的大量資料即時處理與安全交換，並建置異地備援及雲端架構，確保資料長期保存與系統穩定運作。同時，於衛生單位與指定醫院增購終端設備（如行動平板、加密傳輸設備），方便第一線人員隨時查詢、上傳與追蹤個案資訊，縮短行政處理作業流程。

其次，在軟體設計方面，規劃發展一套整合型資訊平台，將篩檢、通報、轉介、治療與後續追蹤納入單一系統。平台需具備 AI 演算法模組，可分析篩檢陽性個案之流失風險，並即時提醒個案管理師啟動追蹤。此外，透過系統設計友善操作介面與跨裝置應用程式（App），以利公衛與醫療端人員使用。另需建立跨疾病資料庫（愛滋及其他性傳染病），並導入 AI 分析進行趨勢研判及群聚偵測，協助衛政單位即時調整防治資源配置。

在個案管理與照護層面，軟體功能規劃包含電子化個案管理工具、自動預警系統及依從性監測功能，能根據個案檢驗數值、領藥間隔或回診紀錄，主動提醒醫護人員介入，降低個案中斷治療之風險。同時，AI 輔助臨床決策工具可依據抗藥性資料與治療史，提供最佳處方建議，縮短判斷時間，提升醫療精準度。

整體而言，硬體建設是確保資料安全與系統穩定的基礎，軟體設計則是串聯防治流程、提升效率的核心，兩者併行推動，方能實現「資訊即時、管理智慧、照護連續」之願景。此舉不僅可減少人力耗用與行政負擔，更能避免個案流

失，並強化疾病監測與決策科學化，為我國愛滋及性傳染病防治奠定長遠之基礎。爰此，實有必要編列經費預算，投入硬體購置與軟體開發，以確保防疫體系之韌性與前瞻性。

2. 去歧視策略、友善醫療服務

面對愛滋感染者在社會中仍遭遇歧視與污名，我國近年積極推動各項去歧視政策與行動，期以營造友善環境，提升風險族群接受篩檢與治療之意願。依據我國近年研究顯示，雖社會對感染者的接受程度較十年前已有顯著提升，惟歧視與誤解仍存在。依據 2023 年民意調查結果，約有 3 成受訪者表示不願與感染者一同工作、上課、用餐或交談，顯示仍需持續努力破除社會大眾之偏見。

有關針對一般大眾的去歧視作為，除持續辦理各類衛教宣導外，我國持續透強化保障會之跨部會平台運作模式，透過保障會進行各部會橫向聯繫合作，將衛教防治及去歧視訊息深入各類對象，現行保障會運作已納入相關部會代表，規劃進一步擴大參與部會，如：國家通訊傳播委員會（NCC）、文化部等，拓展防治訊息的傳遞與推動去歧視工作，提升全民對感染者之理解與接納，形塑尊重、平等、友善、無歧視之社會氛圍。

依目前實務，愛滋感染者一旦確診後欲投保商業保險，尚可投保年金保險、傷害保險及旅行平安保險，部分壽險業者亦評估可提供定期壽險及癌症保險等商品並視個案體況核保，將持續透過跨部會保障會平台合作，結合相關主管機關、金融監督管理委員會、金融與保險業公會等利害關係團體，推動友善承保與公平信貸制度，逐步消除因感染者身分遭受到差別待遇或排除條款等限制之情形。

另依據 2024 年台灣愛滋病學會及台灣愛滋病護理學會針對醫事人員進行之認知度調查結果，顯示逾 85%的受訪醫事人員對「U=U」概念尚不熟悉，且部分人員於實務工作中對服務感染者仍存有顧慮，反映醫療場域中隱性歧視現象仍存在。綜整 UNAIDS 指引及國際文獻建議，我國持續強化醫事人員專業知能，營造友善醫療服務環境，並擴大推動「愛滋病指定醫事機構整合式服務計畫」之「醫院營造友善醫療服務」子計畫，具體措施將從院內制度設計、服務流程、軟硬體設施，以及第一線人員對愛滋正確認知與服務態度等層面著手，逐步改善醫療場域中潛在歧視現象。另參考泰國在減少愛滋歧視與污名的成功經驗，研議建置我國愛滋歧視之監測指標與評估機制，開發標準化工具（如：醫事人員及感染者相關調查等），以定期蒐集數據、追蹤關鍵指標，具體衡量政策推動成效。

此外，持續與感染症、泌尿科、家醫科及婦產科等醫學會合作辦理「性健康友善門診品質計畫」，透過辦理教育訓練或製作相關衛教素材，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，持續積極擴展與相關醫學會（如：急診醫學會、大腸直腸外科、皮膚科、兒科等）、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，將愛滋及性傳染病的最新知識與臨床指引、去歧視、尊重接納及關懷、隱私保護等重點議題納入課程，提供友善醫療服務、強化臨床照護品質。

另持續檢視並改善現行法律與政策規範，確認是否存在妨礙感染者接受篩檢與治療之制度性障礙，並適時提出修法建議，

從醫學實證及人權保障出發，進行全面性研議，另為保障感染者權益，透過定期辦理教育訓練，持續強化地方政府衛生局或所屬單位對處理陳情或申訴案件之應對能力與協調技巧，以提升各級單位處理申訴案件審議效能及維護審議決定之品質。

透過社會溝通機制，逐步釐清爭議焦點、凝聚社會共識，作為政策調整與法規修正的重要依據，以利未來我國法規層面與國際人權標準及科學指引接軌。為促進政策推動之社會理解與支持，亦將廣納民間團體、醫界、法律實務界等多元意見，透過跨領域對話與政策諮詢，降低民意阻力，穩健推動制度檢討與優化工作。

3. 增強預防性方案

(1) 衛教知能促進及推廣計畫

為提升社會大眾對愛滋議題的關注及防治知能，我國持續運用多元管道，包括：發布愛滋相關新聞稿、運用 Facebook、Instagram、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宣導，提供愛滋傳染途徑、預防、篩檢及治療等資訊，同時持續蒐集相關輿情與媒體資訊，及時更正或澄清錯誤訊息，以分眾方式進行愛滋防治宣導，提升不同族群對防治政策的理解與支持。另與民間團體合作，辦理支持感染者與關鍵族群之倡議活動，透過故事分享或感染者現身說法等活動，促進社會理解與同理。並每年持續響應 UNAIDS 世界愛滋日主題，於 12 月 1 日前後辦理各項愛滋防治倡議活動，強化民眾對愛滋預防、治療及篩檢等重要資訊之認知與參與，喚起社會大眾對感染者的接納與關懷。

另鑒於近年外國籍愛滋感染者人數及占比有上升趨勢，且部分外籍人士因語言隔閡等資訊落差，較難獲取愛滋相關防治資訊或服務，爰將愛滋及性傳染病防治相關衛教素材亦同步翻譯為多國語言版本，並透過勞動部、外交部、內政部、教育部等相關部會及各縣市衛生局之合作管道通路推廣，以提升在臺外籍人士對愛滋及性傳染病防治的正確認知。

(2) 新式預防工具之導入及持續擴大暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）計畫

A. 新式預防工具（長效型/緩釋型針劑或疫苗）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，目前已有一種 PrEP 長效針劑（成分: Cabotegravir）取得我國藥品許可證，因為藥物半衰期較長，只要 2 個月注射一次，就可產生保護力，若與男性使用 PrEP 口服藥物之需求型（on demand）服用方式相比，PrEP 長效針劑可大幅提高預防成效；另外，還有 6 個月注射一次的 PrEP 長效針劑（成分: Lenacapavir），2025 年 6 月已取得美國藥品許可證，2027 年前可望引進國內，惟長效針劑之價格較口服藥物昂貴許多，未來將考量疫情及經費等因素，研議可推展使用之對象。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針劑上市，將積極接軌國際評估導入我國政策之可行性。

B. 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。我國自 2018 年起推動暴露愛滋病毒前預防性投藥計畫，初期對象為 30 歲以下年輕族群及感染者配偶/性伴侶，截至 2020 年共有 2,176 人加入計畫，自 2021 年起擴大補助對象至 35 歲以下，2021 年至 2024 年累計加入人數已達 8,491 人，惟與澳洲、英國等先進國家（約 0.2%）相比，我國 PrEP 服務涵蓋率尚有提升空間。由於原廠藥物價格較為昂貴，自 2024 年起已有學名藥於國內上市，有助於降低藥品取得成本、提升 PrEP 受益人數；另研議規劃將 2 個月注射 1 次之長效針劑納入公費計畫使用，未來將視經費與推動執行成效逐步調整計畫內容及補助對象，亦將持續與相關醫學會合作，鼓勵基層院所參與 PrEP 服務，以提升服務可近性，使服務量能逐年完備到位。除鼓勵執行醫療院所積極收案外，同時加強個案管理以提高服藥順從性。

針對性病病患、性交易服務者及藥癮戒治者等風險族群，鼓勵院所收案，由個管師協助提供其篩檢、衛教、諮詢及 PrEP 藥物等整合式服務，使其持續留置於計畫，降低其感染風險。另透過跨部會、縣市政府、醫事機構及民間團體等合作，並結合多元宣傳管道及年輕族群使用之社群媒體強化宣導，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使用 PrEP 意願，持續強化個案管理，加強衛教提供適用性評估、診療、諮商、轉介藥癮戒治及身心科諮詢等整

合型服務。

C. 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，經提供預防性投藥之醫療院所醫師評估後，給予暴露後抗愛滋病毒預防性投藥，並提供風險行為之衛教與諮詢，以避免感染愛滋病毒。如經評估持續有風險行為，請醫療院所主動協助轉介前述個案接受 PrEP 預防服務，以達預防愛滋感染之最大效益。

針對警消、醫護人員等因執行職務而意外接觸到含有愛滋病毒之血液或體液之相關人員，持續補助其服用暴露愛滋病毒後預防性投藥（Occupational Post-Exposure Prophylaxis，以下簡稱 oPEP）相關費用，請各縣市衛生局制定轄內醫事及警消等人員 oPEP 處理流程，並結合轄內相關單位於年度辦理 oPEP 教育訓練。另請各縣市衛生局持續與醫療院所合作，追蹤與輔導個案遵醫囑完成 PEP 服藥及愛滋病毒檢驗。

(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體液傳染病，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。藉由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，希望能減少愛滋感染風險、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。

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，為愛滋防治的嚴峻挑戰。與本部心理健康司合作，透過各縣市政府毒品危害防制中心，推動藥癮愛滋減害計畫，強化藥癮戒治（含維持治療）機構提供藥癮者愛滋病毒篩檢服務的誘因，並建立轉介就醫機制。透過縣市政府於辦理第三、四級毒品危害講習時，將藥愛與愛滋防治議題列入課程內容，強化藥癮族群「藥愛及愛滋防治」知能，另與矯正機關合作辦理收容人之藥愛與愛滋防治講習等，讓收容人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。透過多元篩檢管道，洽請地方縣市相關局、處、機構協助於通知第三、四級毒品危害講習受處分人參與講習或出席講習時提供藥愛及愛滋防治相關文宣或愛滋自我篩檢試劑免費兌換券等，提供藥癮者愛滋篩檢及衛教諮詢服務，以及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，透過愛滋指定醫事機構整合式計畫，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) 持續辦理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 2023 年有 1 例本國籍母子垂直感染個案，符合 WHO 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 0.17 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 1.4%）。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 WHO 認證標準接軌，持續策進相關作為，以達成 WHO 消除認證目標。

鑑於近年國內外籍愛滋感染者人數呈上升趨勢，且多次發現外國籍愛滋感染之孕產婦，未來應加強針對外籍女性之愛滋及性傳染病防治教育，宣導孕婦定期接受產前檢查及愛滋篩檢，若發現愛滋初篩陽性，應儘速安排確認檢驗及銜接治療，以降低母子垂直感染風險。另針對持觀光簽證入境或逾期居留之外籍孕產婦，將持續與內政部移民署及民間團體合作，積極協助個案就醫、急難救助與個案管理，並視個案情形儘速協助返回母國銜接治療，以保障其健康權益。

另持續強化醫護人員敏感度，主動針對疑似高風險臨產婦進行愛滋快速篩檢，以及時提供產婦與新生兒適當醫療處置，包括：及時採檢與檢驗、預防性投藥、關懷服藥、以及追蹤檢驗等，屏絕母子垂直感染個案發生；並持續鼓勵醫療院所積極提供人工流產女性進行愛滋篩檢，經就醫民眾本人口頭同意後即可提供愛滋篩檢服務，有助於女性瞭解自身健康狀態，促進潛在感染者及早診斷及早治療。

(5) 年輕族群及關鍵族群防治計畫

隨著社會開放與網路交友普及，年輕族群與風險族群

（如多元性別族群、性交易服務者、藥癮者及性病患者等）面臨愛滋與性傳染病感染風險逐年上升，截至2025年6月，我國累計通報45,690例本國籍愛滋感染者，診斷年齡為34歲以下者占所有愛滋通報個案約6成；另依據數理模型推估，各年齡層愛滋感染者未診斷率，以13-24歲年齡層最高（占27%）；其次為25-34歲（占13%），顯示年輕族群為愛滋防治關鍵；另外國籍個案占比由2016年1.7%增加至2024年的10.8%，2025年1-6月更上升至15.6%，外國籍個案占比明顯增加，將持續進行監測，並針對年輕族群及關鍵族群發展相關防治計畫：

A. 便利性愛滋篩檢服務：為配合風險族群生活作息並大幅提升其篩檢可近性，除前往其經常出沒場域辦理外展服務，主動提供衛教及篩檢諮詢外，亦積極推動愛滋自我篩檢計畫，透過創新方式進一步提升篩檢服務涵蓋率，例如導入視訊指導操作自我篩檢試劑服務、針對非性別主流族群（如跨性別等）設計專屬外展模式，並委託學會或民間團體發展性交易服務者願意接受的篩檢及預防服務流程。同時，倡議以「健康賦權」取代「消除風險」的防治概念，搭配提供預防性投藥，以減輕社會對愛滋的污名。另可善用初級醫療網絡資源整合愛滋防治相關服務，例如於診所及醫事檢驗所試辦導入提供愛滋及性傳染病防治整合式服務，提供諮詢、衛教宣傳、篩檢等服務內容，提升服務可近性。

B. 整合式篩檢策略：性病與愛滋具高度交互關聯，感染性病者往往伴隨有多重性伴侶或不安全性行為等風險行為，因此，推動整合式愛滋及性傳染病篩檢服務已為國

際間具實證支持之有效策略，我國除透過「性傳染病、急性病毒性肝炎或藥癮病患全面篩檢愛滋病毒計畫」，將 HIV 檢驗納入性病患者及使用成癮性藥物者等風險族群就診時常規檢查項目，同時透過性病整合式篩檢名義，提供愛滋感染者的伴侶（包含：配偶、性接觸者及社會網絡等對象)HIV、梅毒及淋病檢驗及治療服務，當愛滋感染者合併感染性病時，即啟動伴侶服務，協助感染者的配偶及時獲得整合式篩檢及轉銜 PrEP 等服務，以進一步提升個案發現率，強化預防與治療銜接措施。

C. 加強性交易服務者的健康照護觸及策略：提升初步診斷的可近性，推動快速篩檢工具導入，簡化就醫流程，增加篩檢意願。在預防方面，強化 PrEP 與 PEP 的普及與衛教，特別針對女性性交易服務者提供易懂、實用的資源說明，並簡化公費 PrEP 申請與服藥流程，以符合女性性交易服務者的實務需求。資訊傳遞方面，整合篩檢、疫苗、PrEP 與心理資源資訊，並與 NGO 及社群團體合作，透過其信任基礎補足政府資訊覆蓋的限制。另考量性交易服務者可能因社會污名與法律風險影響其就醫意願，持續強化醫護人員性健康與性別友善訓練，落實隱私保護措施，同時拓展友善醫療機構的可近性與選擇性，建構性交易服務者能安心就醫的友善環境。

D. 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，WHO 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。鑑於青少年正處於性知識與價值觀形成階段，應擴大辦理針對年輕族群的衛教宣導與訊息行銷，透過結合性教育與性傳染病防治內容，並以「預防勝於治療」作為核心訊息，形塑正向的性健康知識。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，以及鼓勵各地方政府與學校積極發展具地方特色及創新之活動等，另透過年輕族群偏好的管道（如社群媒體、短影音、校園社團合作）進行多層次推廣。同時可與學校學生會等學生團體合作，由其擔任校園宣導推廣夥伴，協助辦理性健康工作坊或愛滋防治 U=U 健康平權等活動倡議，運用同儕影響力，更容易被年輕族群接受。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、性健康友善門診服務；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，有暴露愛滋病毒風險的相關工作人員，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。

E. 運用數位科技、社交與新媒體推廣：隨著數位科技快速發展，社群媒體與新媒體平台已成為年輕族群獲取資訊的主要管道。根據國內外研究顯示，透過視覺化、多媒體與互動式內容，有效提升民眾對健康議題的關注與行動意願，爰愛滋與性傳染病防治工作，須積極善用數位工具，打破傳統傳播的侷限，提升目標族群之觸及率與參與度，為使防治訊息與新科技結合並更貼近年輕族群需求，推動方向為：

a. 運用多元社群媒體平台內容投放：結合 Instagram、Facebook、YouTube、LINE、Threads 等平台，設計貼近年輕人語言與文化的圖文短片、Reels、限時動態等宣傳素材。

b. 影音內容策略化製作：根據國際社群媒體行為觀察（如 Meta Insights、Google Trends），年輕族群偏好具故事性、具情感共鳴且節奏明快的內容，因此，衛教動畫或短片設計在 30-90 秒左右，並加上字幕方便閱讀，並透過同儕真實經驗分享，或透過專家直播及 Q&A 講座，採用「簡明扼要（Keep it short）/ 即刻體驗（Try it live）」原則，提升互動與參與。

c. 數位廣告與最佳化搜尋引擎（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管署全球資訊網上之相關資訊頁面，並強化與 Google Ads、LINE Ads、IG/FB 廣告合作，針對愛滋相關關鍵字與族群精準投放，並可與交友平台（如：Grindr、Hornet、

Jack’ d、Dcard 等）合作推動衛教置入，提供特定時段或對象推播衛教訊息。

d. 運用手機應用程式，開發互動式聊天機器人與匿名諮詢工具：可開發結合 AI Chatbot 的性健康問答平台，提供匿名篩檢資訊、風險評估引導、自我篩檢試劑購買與醫療轉介等資訊，並規劃提供多國語言之選擇，並於 24 小時內可與真人諮詢服務員連線等機制。

4. 目標族群主動篩檢發現及早介入

(1) 接軌國際導入「選擇性退出篩檢(opt-out)」

為減少延遲就醫診斷及提升潛在愛滋感染者知道自身感染狀態的比例，須持續提升愛滋諮詢篩檢涵蓋率，借鏡國際美國、澳洲及英國推動之實務經驗，逐步推動「選擇性拒絕（opt-out）」愛滋篩檢模式，意即將 HIV 篩檢納入常規醫療流程，預設所有接受特定醫療服務（如：健康檢查、急診就醫、住院、外科手術、產前檢查等）者，皆將接受 HIV 檢驗，惟保留其明確拒絕之權利，此模式有助於降低篩檢門檻與社會污名，使 HIV 篩檢成為常態性或常規化、十分普及的篩檢項目，進而提高民眾的接受度與可近性。

美國 CDC 自 2006 年即建議全面導入 opt-out HIV 篩檢模式，英國國民保健署（NHS）亦於急診場域擴大推動此模式，均顯著提升 HIV 新診斷個案比例，並有助於提早介入治療，降低後續併發症與傳播風險。WHO 亦將 opt-out 列為提升篩檢率的重要策略，強調其可促進篩檢常態化，減少污名感，並以公共衛生角度出發推動全民預防策略。惟現行

我國愛滋條例僅明訂於醫療必要性或急迫性的情形下，醫事人員方可採集檢體進行人類免疫缺乏病毒檢測，無須受檢者或其法定代理人之同意，故 opt-out 篩檢模式須同步檢視調整現行法規，並充分考量醫病雙方之信任關係與隱私保障機制，確保推行時的倫理正當性與社會接受度，在符合前揭條件之前提下，未來將逐步規劃推動 opt-out 篩檢模式，廣納民間團體、醫界、法律實務界等多元意見，確保在充分溝通後穩健推動 HIV 防治相關條文及配套法規修訂，使政策方向兼顧公衛防治成效與人權保障。

此外，我國現行預防保健與各類健康檢查（如成人健康檢查等）已成為民眾定期接觸醫療體系的重要契機，若能導入 opt-out 篩檢模式，整合愛滋及其他性傳染病、B 型肝炎、C 型肝炎等檢測項目，即可在不增加民眾額外就醫負擔的前提下，大幅提高篩檢覆蓋率，也有助於去歧視。同時透過完善的篩檢陽性個案後續轉介、醫療照護等配套措施，並加強第一線醫療人員在篩檢知能、溝通技巧、告知與拒絕程序、隱私保護及去污名化等面向之教育訓練，不僅能有效降低篩檢門檻並提升可近性，亦可確保推行之倫理正當性與社會接受度。

(2) 醫療端篩檢服務

我國屬 HIV 感染低盛行率國家，依據 WHO 定義，意指一般族群中 HIV 感染率低於 1%，且風險族群感染率亦未超過 5%，目前整體疫情控制得宜，惟特定風險族群中仍存在未診斷個案與潛在傳播風險，防治工作仍須持續強化，在此流行病學背景下，無需推動一般人口之普遍篩檢

（universal screening），應聚焦於具風險行為或高盛行率族群實施「目標性篩檢」（targeted testing），以兼顧資源與防治成效。

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，並擴大篩檢服務可近性。

對於出現愛滋感染相關症狀之成人、青少年或孩童，輔導醫療照護機構主動提供篩檢服務，包括潛伏或確診之結核病個案；同時亦應針對性傳染病、肝炎、藥癮者、結核病及孕婦等族群提供例行性之愛滋篩檢服務，並持續監測與提升前揭族群愛滋篩檢完成率。

愛滋與性傳染病屬隱私性高、易引發污名與就醫遲延等情形，故持續推動匿名篩檢服務，並積極擴增服務據點，以提升民眾使用之可近性與接受度，未來將進一步拓展參與醫事機構的多元性與地理涵蓋範圍，除原有醫院外，亦持續鼓勵診所與醫事檢驗所加入篩檢服務體系，並優化篩檢流程，簡化受檢程序，提升醫事機構參與意願。透過與醫事檢驗所合作，加強檢驗人員的專業知能，鼓勵醫事檢驗所設計符合民眾需求之愛滋及其他性傳染病（如梅毒、淋病等）之整合式檢驗方案，並創建具隱私且友善之檢驗環境、檢驗結果諮詢服務及篩檢陽性個案轉介機制，確保陽性個案能迅速轉介至醫療單位接受治療。

(3) 公衛社區端篩檢服務

為提升愛滋防治效能，除既有醫療院所之篩檢服務外，我國亦積極與民間團體、衛生局及醫院合作，深入社區風險場域，包括：三溫暖、多元性別族群健康中心、八大風險場域、酒吧、夜店等場域，辦理衛教宣導或篩檢服務，並持續依據 WHO 建議，透過以下面向觸及風險族群，包括：

A. 行動篩檢服務：我國持續推動多元方案提升愛滋篩檢可近性，除透過行動車或載具，直接至約定地點或至社區信仰中心、娛樂中心（如酒吧或俱樂部等）或特定聚會場所的篩檢服務，以提高民眾接受愛滋篩檢服務之可近性，亦發展「快遞式篩檢」模式，由篩檢單位透過線上平台接受預約，並派員將篩檢套組或服務送達至民眾指定地點，兼顧匿名性與便利性，不僅突破空間與時間限制，提升風險族群的接受度，也能藉由快速回饋檢測結果與專業轉介，確保篩檢陽性個案及時連結醫療照護體系，進而有效提升整體篩檢涵蓋率。

B. 全民篩檢：為提升社會大眾對於愛滋防治的認知與重視，並鼓勵更多民眾主動參與篩檢，學習英國、澳洲等國家的推廣經驗，例如明星女神卡卡（Lady Gaga）舉辦愛滋慈善演唱會，藉此幫愛滋感染者募款，並呼籲民眾重視愛滋防治及安全性行為；規劃推動「全民愛滋篩檢日」、「女性篩檢日」等，透過每年固定時間舉辦公眾活動推廣篩檢，邀請名人或具影響力之政治人物進行代言，結合醫療院所、社區據點、學校、職場及民間團體，提供多元且便利的篩檢管道，進而使民眾瞭解愛

滋、間接達成去歧視目的。

C. 職場篩檢：職場是大部分民眾生活的重心，透過職場在多元化場域推展愛滋篩檢服務，包括：八大風險場域、美容美髮業、健身房、科技業，甚至宮廟等，以有效提升職場員工接受篩檢的可近性，推動過程中，強調充分保障受檢者隱私，並確保後續篩檢陽性民眾能順利連結至醫療體系進行後續照護。藉由職場提供篩檢服務，除兼具便利性外，透過公開且友善的方式，間接達成去歧視之目的，將持續呼籲大型企業將愛滋篩檢納入員工健康檢查項目或福利方案中，以擴大篩檢涵蓋率。

D. 大專院校學生篩檢：學生族群多為性行為初始期或探索階段，若能於就學階段即提供友善且非歧視性的篩檢選項，可有效提升其防治意識和篩檢服務利用率，促進健康行為之建立。在尊重學生自主意願、確保愛滋篩檢結果隱密性及避免歧視之情況下，建議可與地方衛生局（所）、民間團體等相關單位合作，採入校設攤等方式，提供愛滋及性傳染病防治篩檢諮詢服務及衛教資訊~~宣導~~，另可連結自我篩檢試劑、匿名篩檢服務等相關資源，以提升年輕族群愛滋防治知能及多元篩檢管道之利用率，促進其自主健康管理與安全性行為之建立。

(4) 愛滋自我篩檢服務

愛滋自我篩檢服務提供民眾不受空間與時間限制即可接受愛滋篩檢，受民眾的喜愛，自計畫推動以來，自我篩檢使用人次逐年上升。然而目前國內僅有 1 款愛滋自我篩檢

試劑取得我國醫療器材許可證，倘要提供民眾更為多元且便利之篩檢服務，仍須仰賴專案方式向本部食品藥物管理署（下稱食藥署）核備進口其他試劑，使推廣仍受限制，且自我篩檢試劑屬第三級醫療器材，依現行醫療器材管理法無法逕行於網路及自動服務機販售，僅可透過本部疾管署以專案計畫方式於公共衛生執行點或特定通路管道提供。為提升愛滋自我篩檢服務可近性，規劃持續與本部食藥署等相關主管機關合作，敦促更多廠商申請我國醫療器材許可證，以利愛滋自我篩檢試劑得於各大連鎖藥局等多元管道通路提供民眾服務。公衛層面，則基於疾病防治目的，透過公共衛生專案服務方式提供風險或弱勢族群(如：中低收入戶、性交易服務者等)，以觸及更多從未接受愛滋篩檢對象。

另國際間自我篩檢試劑趨勢逐步朝向多合一性病檢測方式邁進，除因性病感染途徑相似，使得共病程度高度相關外，於短時間內一次性、同時檢驗愛滋及其他性傳染病，也會增加民眾接受檢驗及治療的意願與便利性，未來將綜合考量我國篩檢防治政策，評估規劃引進多合一性病檢測套組之可行性，逐步與國際接軌，提供民眾更為便捷之篩檢服務。

(5) 愛滋感染者之伴侶篩檢服務

依據我國 2024 年統計資料顯示，感染者伴侶服務計追蹤 1,671 人次，檢驗出新診斷 HIV 個案計 71 人，新案陽性率達 4%，相較其他篩檢服務管道新案陽性率 0.1%至 0.5%不等，感染者伴侶服務對於發現潛在愛滋感染者極具效益，

惟須長期培養感染者及其伴侶與公衛人員之間的信任感及合作關係。

將持續提升公衛人員實務技巧(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、個案溝通技巧及個案實際訪視等),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，並針對第一線工作人員個案管理服務經驗提供初階與進階課程，加深學習效果與實務應用；並透過案例討論及工作實務經驗分享及交流，增進伴侶服務品質。使潛在感染者或愛滋病毒的風險接觸者能及早診斷，並儘速連結至醫療體系接受治療，或為檢驗陰性之伴侶主動協助轉銜 PrEP 預防服務，避免感染，以達到有效阻斷病毒傳播。

(6) 同儕導師暨社群網絡友善篩檢服務

依據國際實證研究指出，透過同儕導師介入，可顯著提升風險族群 HIV 篩檢意願及篩檢率，亦能降低注射藥癮共用行為，增加其接受治療順從性與早期診斷等，可對風險族群帶來長期行為改變效益，UNAIDS 建議：至少 30%的 HIV 服務由社區與同儕組織提供或主導，可促使風險族群獲得平等醫療服務，並有效達到「95-95-95」愛滋防治目標，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，可有效說服身邊朋友參與愛滋篩檢與性傳染病防治活動。這些同儕導師經過系統化培訓後，能在特定社群（如 MSM、不安全性行為者、性交易服務者、藥癮者等隱性高風險群體）中，透過點對點的衛教、動員與心理支持，成功提高篩檢比例與診斷效率，由於同儕導師多來

自相同社群或具相似背景，能更貼近服務對象的生活經驗，增進文化安全減少溝通隔閡與不信任感，也能透過同儕導師的陪伴與支持，有效彌平因歧視或污名而產生的篩檢、診斷及後續就醫障礙。

現行我國同儕導師大多由縣市衛生局、愛滋相關民間團體或感染者社群進行招募，爰須尋找創新方法招募同儕導師，以觸及更多潛在風險族群，如：運用數位社群媒體發掘，利用交友軟體與社群平台（如：Grindr、Hornet、LINE社群、推特社團等），透過匿名問卷或公開招募方式，找到願意分享經驗，於族群中具影響力之意見領袖。未來將持續透過設計誘因與支援機制，提升同儕導師的招募與留任意願；同時委託多元性別健康服務中心、民間團體或學術機構開設標準化培訓課程，並鼓勵其定期回訓，以確保同儕導師素質；此外，透過建立完善的績效監測與評估機制，蒐集篩檢數據、首篩率、陽性發現率及後續治療連結率，持續評估並優化方案成效，以長遠經營同儕導師資源。

5. 儘速連結照護治療體系及整合式個案管理

(1) 加速確診時效，加強連結照護治療體系服務

為縮短檢驗空窗期、加速初步檢驗至確診時效，並響應國際定點照護診斷（Point of Care）之趨勢，持續推動一站式愛滋匿名快速篩檢計畫、加速公衛端及醫療端 HIV 檢驗確診時效作業方案等，現行已全面導入抗原/抗體複合型快速篩檢試劑、抗體免疫層析快速確認檢驗法及快速病毒量檢測等技術，應用於臨床及公衛場域，未來亦將持續評估並積極導入符合國際標準、具高敏感度與快速檢出能力之新

式檢驗工具，以及可適用於偏遠或資源受限區域之工具，以提升愛滋檢驗品質與時效。同時，持續推動愛滋標準化檢驗機制，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管署認可檢驗方法，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，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。

為使感染者儘速就醫進行確認檢驗、診斷及銜接治療，研議設計相關協助方案，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，當次就診由本部疾管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、藥癮戒治或其他健康項目的整合式預防、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。

另持續完善愛滋檢驗陽性後之相關配套措施，由愛滋指定醫事機構個案管理師與衛生局（所）公衛人員協力合作，提供新通報愛滋感染者及時聯繫關懷、衛教與提供支持資源，並建立互信關係，降低其疑懼與擔憂，除及時辦理全國醫療服務卡，連結個案至醫療體系接受愛滋抗病毒藥物治療外，亦提供伴侶服務、接種 M 痘疫苗及安全性行為等衛教，並以病人為中心，依個案需求整合及連結相關資源，如身心科門診、共病照護、或處遇服務資源等，期使愛滋感

染者於診斷後立即治療並落實安全性行為。

為降低感染者就醫障礙、提升醫療資源可近性，持續強化愛滋指定醫事機構計畫，計畫面向包括鼓勵醫療院所參與，增加服務可近性，並辦理夜間門診、由醫事人員支援偏鄉衛生所、診所或多元性別健康中心提供外展醫療服務等，亦設計服務指標獎勵醫事機構個案管理成效，並鼓勵醫院結合長照機構，建立整合式醫療服務網絡，以切合感染者醫療照護及長照需求，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。截至 2025 年 7 月，愛滋指定醫事機構共計有 90 家醫院、2 家診所及 125 家藥局，將持續朝向便利民眾與提供友善服務之方向努力拓展就醫資源及服務點。

(2) 完善公衛端及醫療端個案服務

我國自 2016 年起推動「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藥物的必要，即可開立處方，不以 CD4 淋巴球數值做為評估開始服藥依據，為增進感染者治療順從性，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。2 個月注射 1 次的愛滋治療長效針劑（Cabotegravir/Rilpivirine）已於 2024 年取得我國藥品許可證並納入健保給付，提供口服藥物困難的感染者藥品選擇與便利性。

為強化我國個案管理成效，針對新通報之愛滋感染個案與管理中舊案，會依據個案需求採行個人化管理模式，協

助個案儘速就醫，有效控制病毒量達測不到狀態。再持續透過愛滋指定醫事機構整合式服務計畫，結合醫事機構內專業人員，包括：醫師、護理師、心理師、社工師等，提供感染者專業、隱私及友善的醫療照護及個案管理服務，並滾動調整服務指標，以適時衡量個案管理成效。

另，遠距醫療服務已成未來發展趨勢，WHO 全球數位健康策略（Global Strategy on Digital Health 2020-2025）則提供各國整合數位創新與健康政策路徑，以推動普及且可近的醫療服務；我國自 2024 年 1 月 22 日發布修正「通訊診察治療辦法」，新增 5 種特殊情形，包含「慢性病照護計畫收案病人」、「疾病末期照護」、「矯正機關收容照護」、「行動不便照護」及「災害、傳染病或其他重大變故照護」，爰未來我國「愛滋防治數位健康策略」規劃納入數位工具與遠距醫療服務，針對因地理或工作因素而無法穩定就醫之愛滋感染者，可透過線上診療、健康諮詢及電子處方等方式，降低其就醫的障礙，確保感染者都獲得及時且連續的醫療照護服務。仍須彌平數位落差（digital divide），以提供偏遠地區、經濟弱勢、外籍人士或年長的感染者獲取數位健康服務，未來將持續鼓勵愛滋指定醫療院所透過遠距或視訊線上診療及電子處方等方式，提供感染者多元化服務管道，提升就醫可近性。

(3) 強化特殊應關懷、困難個案及外籍人士等個案之管理

愛滋感染者中，部分個案因為年齡、性別、身心狀況等因素，相較一般個案更需公衛人員投注心力追蹤與輔導，包括：未成年個案、懷孕女性個案、急性初期感染個案、在監

個案、合併性病、抗藥性個案、使用成癮性藥物及合併罹患結核病個案等，須實施一系列個人化及整合式的個案管理措施，以確保這些特殊應關懷個案能及時獲得適切的醫療照護與支持服務，重點管理作為如下：

A. 未成年個案：由衛生局召開評估會議，對未成年愛滋感染者之身心、家庭、經濟等狀況進行綜合性評估，結合必要之資源提供個案協助與支持；並針對母子垂直感染個案建立病情揭露評估流程，以協助逐漸適應疾病，避免個案因無意間發現自身疾病狀態而產生無法面對疾病之衝擊或壓力，可能導致個案不正確的歸因或誤解，增加個案管理風險。

B. 懷孕女性：醫事人員若發現孕產婦 HIV 初篩陽性，需於 24 小時內通報，衛生局接獲通報後會於 3 日內聯繫其回診或抽血，提供衛教並完成確認檢驗，確保及時治療，以預防愛滋病毒的母子垂直感染。同時啟動伴侶服務，並追蹤其孕程及提供共照服務。

C. 急性初期感染個案：由於此類個案體內病毒量較高，傳染力亦較強，因此需要更積極的介入，衛生單位應於 1 週內完成面對面訪談，持續調查其接觸者並完成伴侶服務，以便追溯可能的感染來源並中斷傳播鏈。

D. 合併使用成癮性藥物者：依據其成癮性藥品使用狀況，轉介至身心科進行戒癮治療。對於使用鴉片類藥物者，則轉介至維持治療機構服用美沙冬等替代藥品，並透過整合身心科共照服務，協助個案穩定就醫治療。

E. 在監個案：與矯正機關合作，針對在監個案調查其成癮物質使用情況，並啟動伴侶服務，透過感染者回溯近期伴侶及社群活動圈中同儕，協助其及早獲得風險告知及愛滋篩檢等服務，同時強化在監期間的服藥穩定性，並提供出監前衛教宣導及醫療轉介，確保出監後能順利轉銜至社區醫療，避免治療中斷與失聯。

F. 合併感染性病者：須確認個案是否已完成性病治療，並評估其愛滋治療順從性及病毒量控制情形，同時啟動伴侶服務，提供其伴侶整合式性病篩檢及衛教諮詢服務，以落實後續防治介入與疫情控制。

G. 具抗藥性個案：對於穩定接受治療惟病毒量控制不佳之個案，請醫療院所確認其服藥順從性，並評估是否需進行抗藥性檢測。若個案出現抗藥性且就醫狀況不佳，則納入特殊關懷個案名單，加強個案管理工作，輔導其穩定就醫服藥的重要性，我國亦將持續監測國內抗藥病毒株的流行趨勢及藥物種類。

H. 合併罹患結核病個案：以保護個案隱私為原則，避免重複進行疫調，並確保愛滋及結核病個案管理單位之間能有效合作與資訊共享，共同協助個案穩定接受結核及愛滋相關治療。

I. 外國籍個案：隨著全球化與國際交流日益頻繁，在臺外籍 HIV 新通報個案數及占比呈逐年上升趨勢，惟現行不符合我國補助資格之外籍 HIV 感染者，開始服藥後 2 年內的愛滋相關醫療費用須自行負擔，待服藥滿 2 年後方可由健保給付，加以語言隔閡等因素，較難

獲得所需之醫療與支持資源。為提升外籍感染者之治療可近性與服藥順從性，未來應強化個案管理，並研議提供經濟協助措施，以提升其服藥率及病毒量良好控制比率，維持其健康狀態，並降低社區傳播風險。同時，發展更多元且更具文化敏感度之多國語言衛教素材，透過跨部會合作，或結合外籍人士社群網絡、仲介機構、學校、工作場域等多元管道強化推廣，協助外籍人士（包含：移工、學生、外籍配偶等）瞭解我國愛滋防治資源及治療相關規定；另為降低語言障礙，持續與民間團體合作提供外籍感染者醫療及衛教諮詢外語通譯服務，協助外籍感染者於就醫或公衛人員訪視時溝通更為順利，協助提升其醫療可近性與治療順從性，進而完善我國防疫體系，提升防治成效。

為因應外籍愛滋感染者治療初期，因不符合我國補助辦法，因經濟因素所造成的就醫治療障礙，未來在財源可負擔之狀況下，可逐步檢討現行補助辦法，針對在臺之外籍愛滋感染者提供就醫及治療補助，以確保其病情能夠穩定控制，降低因經濟問題造成中斷就醫治療風險，可提升感染者病毒量抑制率與生活品質外，亦有助於降低社區傳播風險，達成「治療即預防」的防疫核心目標，並展現我國對國際人權與健康平等的重視。

(4) 提供以病人為中心之整合式服務

提供以病人為中心之整合式服務，為推動愛滋及性傳染病防治的重要策略，從預防、篩檢、診斷、治療到個案管理的全程照護，透過一站式服務降低民眾就醫障礙，強化感

染者與風險族群的醫療可近性與服藥順從性。整合式服務亦有助於將愛滋等性傳染病納入一般健康照護流程，減少污名與標籤化現象，促使民眾更願意接受愛滋及性傳染病篩檢與治療。透過跨領域合作，結合醫療、公衛、心理、長照與社政等資源，能有效提升照護品質、減少重複檢查、強化資源運用效率，並呼應 WHO 與 UNAIDS 提出之「零感染、零死亡、零歧視」目標及全民健康覆蓋（UHC）等國際防治目標，建構兼具人權保障與公共衛生效益的友善照護體系。

積極辦理藥癮愛滋維持治療計畫，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整合式服務計畫」提供愛滋感染者 B、C 型肝炎檢驗及防治衛教諮詢服務，以降低其 B、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。

持續透過愛滋指定醫事機構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，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。

HIV 感染是潛伏性結核感染（LTBI）進展為結核病的主要危險因子，而結核病亦為 HIV 感染者常見共病及主要

死因之一。及早診斷並治療 LTBI，不僅可有效降低 HIV 感染者發病為活動性結核的風險，進一步減少結核病在社區中的傳播，也有助於維持感染者 HIV 病毒量達穩定抑制，降低 HIV/TB 共同感染所導致的死亡率，對公共衛生與個人健康均具重要意義。因此，我國自 2016 年至 2017 年起委託 2 家醫院以研究計畫之方式執行 HIV 感染者 LTBI 檢驗與治療照護服務；2017 年至 2018 年起則鼓勵各縣市衛生局以自提計畫的方式執行。為擴大服務範疇，2019 年至 2020 年委託 26 家愛滋指定醫院提供 HIV 感染者 LTBI 檢驗與治療服務，並自 2021 年起將 LTBI 檢驗與治療照護服務納入愛滋指定醫事機構整合式服務計畫，計畫初始年計有 42 家醫院參與，迄今則為所有 HIV 指定醫院均參與此計畫，並將 LTBI 檢驗與治療納為常規服務項目。截至 2024 年底，存活 HIV 感染者 LTBI 檢驗涵蓋率達 92%，LTBI 檢驗陽性 6%，加入 LTBI 治療率 79%，完治率 91%。「2035 消除結核第三期計畫」已核定，LTBI 仍然是控制 HIV 感染者 TB 疫情最重要的手段之一，將持續與愛滋指定醫療院所合作，透過愛滋個管師鼓勵新通報或尚未檢驗之 HIV 感染者進行 LTBI 檢驗，LTBI 檢驗陽性者轉銜加入 LTBI 治療，降低 HIV 合併感染結核病發生率，為防疫的雙贏策略。

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

支持系統但卻有保護、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、安置或救助等社福資源與支持服務。

同時，為因應感染者高齡化趨勢，及提供高齡愛滋感染者就醫便利與在地老化支持，持續請地方政府建立轄內友善長期照顧機構名單，並與愛滋指定醫院網絡連結，以利即時轉介具長照需求之個案。考量高齡愛滋感染者多合併各類慢性疾病，須整合各科別醫療資源，提供以病人為中心之全人醫療照護，強化照護品質並提升生活品質。

(5) 運用創新技術優化個案管理效能

因應資訊科技快速演進，並配合我國邁向 2030 年「95-95-95」愛滋防治目標之政策方向，須善用現有資訊軟硬體資源及創新技術，以提升 HIV 個案管理效能。為強化系統輔助第一線工作人員工作，依據愛滋防治業務需求與實務操作經驗，我國自 2024 年起啟動愛滋追蹤管理系統改版建置作業，導入以使用者為中心的設計理念，全面檢視並優化系統功能與操作流程。系統改版以簡化行政作業、提升資料應用效率為核心，納入自動化產製個案管理所需清冊與統計報表等功能，俾利地方衛生單位與醫事機構迅速完成各項作業，降低人工作業負荷，並促進業務處理標準化與一致性。

同時，為解決公衛與醫療端資訊落差問題，規劃整合多方資料來源，透過跨部會協調，建置與健保署、戶役政單位、移民署及相關公部門之資料介接機制，包括：愛滋就醫檢驗紀錄、共病、疫苗接種、死亡情形及出入境等資訊，即時更

新個案狀態，減少第一線工作人員重複查找與人工追蹤，提升資料準確性與即時性，有效協助個案管理服務。此外，系統亦建置多項自動化作業程序與報表警示功能，透過整合提示機制協助公衛及醫療端掌握個案照護及伴侶服務狀況，強化追蹤訪視成效與照護品質。

另，為確保系統資安防護，系統改版將全面依循數位發展部資通安全相關法規與控制措施，強化個人資料保護與系統風險管制，作為承載大量高機敏資料之核心資料庫系統，HIV 系統之建置亦兼顧個資安全與公衛防治效能，確保個案資料處理過程合法、適當並符合資訊安全與個資保護相關規範。

未來將持續依據愛滋防治政策目標及第一線使用者回饋，滾動式修正與優化 HIV 系統功能，進一步深化資料整合應用，擴充跨系統介接範圍，以即時取得個案管理所需相關資料，強化照護連續性與整體管理品質。另將規劃導入新興資料分析技術，建構個案風險預警模型及首頁儀表板，提供高風險個案主動提示與照護建議，提升公衛端資源配置效益及個案照護精準度。同時，配合國家數位發展政策，資安層面亦將持續依循最新資通安全法規與技術標準，定期進行系統弱點掃描與風險評估，確保核心系統穩定運作與個資保護完善。

整體而言，未來將持續結合科技創新、使用者經驗與防治政策發展方向，藉由創新技術導入與系統功能優化，逐步強化系統支援功能與智慧化應用層次，以提升 HIV 個案管理工作效率與品質，落實精準公衛與智慧健康照護之政策

目標。

(6) 慢性傳染病照護品質計畫與愛滋病指定醫事機構整合式服務計畫相輔相成，提升感染者照護品質及防治成效

為持續提升愛滋感染者之照護品質與防治成效，將深化「慢性傳染病照護品質計畫」與「愛滋病指定醫事機構整合式服務計畫」的整合合作，進一步強化以病人為中心的照護模式，藉由 2 計畫相互配合，有效提升愛滋個案確診時效，並建立個案穩定就醫及服藥機制，維持病毒量達良好抑制，進一步降低愛滋併發症與傳播風險，減少健保體系醫療資源之長期負擔，達成強化個案健康與提升公共衛生效益的雙重目標。

未來將進一步優化指標設計與給付機制，以確保獎勵資源能精準回饋至實際提供服務、積極參與愛滋照護之醫療機構與個案管理團隊。藉由精進服務量化與成效評估方式，如：提高對穩定服藥個案追蹤率、病毒量抑制成效及醫療連結成功率等具體指標之比重，提升整體照護品質，並鼓勵更多醫療與照護單位投入，擴大愛滋防治資源涵蓋範圍。

另，為鼓勵愛滋指定醫療院所聘足愛滋個案管理人力，本部疾管署「愛滋病指定醫事機構整合式服務計畫」提供相應獎勵，如：子計畫 14「服務指標達成獎勵與未達成核扣」，達整合式服務計畫規範之愛滋個管師人力標準者，以 1 點 1.2 元計算。此外，本部疾管署「慢性傳染病照護品質計畫」之子計畫 2「愛滋照護管理品質支付計畫」規範個案管理人員之編制，若執行院所未依照護愛滋感染個案人數設置所需個案管理人力，不符合者診療項目之下一年度支付點數將

以 8 折計算。有關部分尚未符合人力配置規定之愛滋指定醫療院所，函文督請其補足個管人力，並將持續輔導愛滋個案管理人力不足之愛滋指定醫療院所，積極徵聘補充人力並接受愛滋個案管理相關課程培訓，以維護個案管理服務品質。

(7) 感染者長期照顧及處遇服務

現代醫療科技進步，感染者只要穩定服藥，體內病毒量可有效控制至測不到，並維持良好的健康狀況，平均餘命與常人無異，也將如常人一般面臨逐漸年長的議題，高齡愛滋感染者占比也漸漸上升，感染者的長期照顧與一般人無異，同一般人依需求納入各主管機關提供之相關長照服務體系，包括居家式、社區式或機構式長照服務資源，惟疾病汙名或長照服務量能不足仍持續影響愛滋感染者獲得所需之長照服務。

本部疾管署持續強化長期照護機構之服務量能，透過「愛滋病指定醫事機構整合式服務計畫」，與部立醫院、市立醫院及榮民總醫院所附設之護理之家合作設置長照示範機構，並鼓勵愛滋指定醫院與長照機構攜手合作，共同提供感染者所需照護資源，並共同辦理專業人員教育訓練，以提升照護品質與友善服務能力。

另透過補助民間團體推動短期安置方案，協助轉介失能感染者至符合其需求之長照服務體系，並持續與長照相關單位、縣市政府、愛滋指定醫事機構及民間團體等單位合作，針對長照服務工作人員辦理教育訓練，內容涵蓋預防性投藥、防護措施、去歧視、權益保障及 U=U 等防治觀念與

新知，提升其照護知能與服務品質。為強化教育訓練效益，亦製作多國語言版本課程教案，並邀請具實務經驗之個管師錄製影片，以協助建立對愛滋感染者友善且隱私保護兼備之照護環境。

將透過專案計畫，系統性瞭解中高齡愛滋感染者的老化、失能情形與長照服務需求，推估服務人數與醫療需求，作為感染者長照政策規劃及參採依據，建立長期照顧及處遇服務模式，並結合醫療、長照、心理健康與社會支持等各方面，以提供愛滋感染者完善照顧服務。

6. 愛滋抗藥性監測、群聚或群突發事件監測及應變

(1) 愛滋抗藥性監測

呼應 WHO 持續推動愛滋抗藥性全球行動計畫（Global Action on HIV drug resistance），各國應加強監控原生與續發抗藥性情形，並防範抗藥病毒株擴散，以達成 2030 年消除愛滋的全球目標。近年整合酶抑制劑為主流的治療與預防用藥雖普遍具高療效，但也開始出現相關抗藥性突變，同時，新型愛滋治療長效針劑（如 Cabotegravir 與 Rilpivirine）逐漸推廣，WHO 亦指出應同步監測其可能導致的抗藥性風險，以確保治療與預防雙軌效益。我國將持續監測國內具抗藥性病毒株之流行趨勢及相關藥物抗藥性變異，以適時評估介入，以優化愛滋治療與預防策略，提升療效並穩定控制疫情。

(2) 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、穩定治療、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。

(3) 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關鍵族群，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。由於愛滋病毒其反轉錄病毒之特性，病毒顆粒複製時基因體可能產生重組，因此隨著愛滋病毒的傳播，愛滋病毒不同亞型間的重組也很常見；此外，反轉錄酶也會讓每一個愛滋病毒複製週期所產生之病毒顆粒中可能會有 1 至 10 個突變產生，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但非台灣常見的愛滋病毒亞型，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。

(4) 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）。

分子生物基因演化聚集乃是傳播聚集的其中一部份。透過分子流行病學了解愛滋病毒分子生物基因演化聚集（molecular cluster）有其重要性，可幫助識別愛滋病毒傳播聚集。透過分析一部分愛滋病毒基因序列，可以識別相似的病毒序列聚集，由於愛滋病毒在感染者體內會快速變異，病

毒中若有相似的基因序列顯示傳播速度很快，也代表可能有傳播聚集，透過分子生物學的方式可以比以往更快、更全面地檢測愛滋病毒聚集和疫情。

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治療照護體系，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。

（二）淋病、梅毒及先天性梅毒防治政策

1. 預防策略

(1) 衛教知能促進及推廣

有效的衛教即可充分讓個人建立正確性健康知識、避免高風險行為降低性傳染病的擴散；或鼓勵風險族群，特別是無症狀感染者主動進行篩檢，賦予社區民眾自我保護能力。

本部疾管署持續透過多元管道強化衛教宣導，包括：結合社群媒體宣導，藉由 Facebook、IG、LINE、疾管家「性健康友善資源地圖」等管道提供梅毒、淋病防治資訊，同時結合其他性傳染病共同宣導預防觀念與安全性行為知能；製作多國語言梅毒、淋病等性傳染病影片、單張等衛教素材，提供公衛人員、醫療院所及民間團體等辦理宣導與衛教諮詢服務時運用，以提升一般大眾及風險族群對於梅毒、淋

病等性傳染病防治知能及自我健康保護意識。

(2) 年輕族群及關鍵族群防治

A. 年輕族群（含未成年者）

台灣性傳染病感染年齡層有下移之趨勢，15-19 歲族群中，淋病與梅毒的發生率相較於以往有上升之情形，WHO 亦將青少年（10-19 歲）和青年（15-24 歲）列為性傳播疾病的風險族群。

因應年輕族群性傳染病疫情，本部與教育部於 2025 年成立「青少年性教育（性健康及性病防治）聯繫平台」，定期就性教育、性健康及性病防治政策與執行共同討論與跨部會合作，包括：發展分眾適齡性傳染病防治教材、運用既有相關管道強化衛教宣導等，以達資源整合、分工協作，促進青少年健康，並將透過以全面性教育八大核心概念發展教學指引，規劃分齡學習目標等，協助學生建立正確性知識與防護觀念，提升學生對性傳染病的風險認知與預防能力。此外，自 2025 年 7 月 1 日起，本部疾管署於全國 13 家醫院推出「匿名聊聊服務」，提供涵蓋性傳染病、性健康、懷孕、性別認同等多元主題的諮詢管道，民眾可透過 E-mail、LINE@或電話專線，以一對一的方式向專業人員詢問，獲得保密且友善的協助；以及針對 24 歲（含）以下年輕族群及學生推出免費匿名梅毒篩檢，以利及早發現與及時治療，並持續積極擴展服務院所，以提升諮詢與篩檢服務之可近性。

在醫療及公衛端執行未成年性病個案的疫調時，

常面臨個案不願透露詳情的情況，加上未成年性行為受法律規範限制，使追查感染來源難以追查。為改善此情形，制定「未成年個案疫情調查工作指引」，強調跨部門合作並尊重未成年的自主權，並積極與相關醫學會合作，加強醫事人員對性傳染病症狀與診斷專業知能，並在符合法律規範及隱私保密前提下，進行未成年個案的治療與衛教宣導。

B. 性交易服務者

為提升性交易服務者自我保護知能，持續與縣市衛生局、民間團體（新滋識同盟、性勞推等）及職業工會（如臺北市娛樂公關經紀職業工會）等合作，共同辦理外展篩檢及衛教宣導活動，內容涵蓋性傳染病症狀辨識、性病自我篩檢、預防性用藥、性健康友善醫療資源、相關法律知識及心理支持等資訊，提升性交易服務者對性健康認知，以及自我防護的能力。

針對女性性交易服務者，規劃跨部門合作、於常規公費體檢（如子宮頸抹片檢查）納入性健康衛教推廣管道，作為傳遞性健康知識的重要平台。在預防性用藥方面，可借鏡男同志社群的成功經驗，針對女性、跨性別等族群的性交易服務者，培育同儕教育員協助於社群網絡傳遞資訊或連結其有興趣的平台以提供更貼近其需求的愛滋 PrEP 與 Doxy-PEP 等性病防治資訊。

目前的防治資源大多集中於關鍵族群（如性交易服務者或男男性行為者），依社團法人台灣新滋識同

盟發布「台灣性工作者、跨性別者與非二元社群性健康及愛滋防治焦點團體成果報告書」，受訪者表示性病預防與健康教育不應僅針對性交易服務者本身，還需擴及至性交易服務相對人，故針對性交易服務相對人及一般民眾衛教至關重要，如透過新興媒體將性健康知識融入一般民眾的日常娛樂，或持續辦理性健康友善醫療服務，針對性交易相對人與一般民眾較常接觸之醫療體系，如：泌尿科、家醫科、皮膚科等，由醫事人員主動提供性健康資訊及性病篩檢建議，以全面提升民眾性健康知能。

C. 監所收容人

在特定場域中，監所收容人因聚集環境、醫療可近性受限，且常合併成癮物質使用與風險行為，亦為公共衛生需投入更多資源之防治重點群體。為有效管理其健康，持續與矯正機關建立緊密的協作機制，調查在監個案的成癮物質使用情況，除了入監時的性傳染病篩檢與後續治療追蹤，並透過伴侶服務，協助接觸者及早獲得風險告知與檢驗。於收容期間強化其服藥順從性，以確保治療不中斷並維持健康狀態；出監前則提供衛教資訊與醫療轉介，確保順利銜接社區醫療體系，避免治療中斷或失聯，降低疾病傳播風險。

(3) 營造去歧視及友善環境

雖然感染性病民眾遭受歧視情形不如愛滋感染者嚴重，但仍會因疾病之污名化及偏見，為強化性傳染病防治，將結合愛滋防治，針對性傳染疾病推動各項去歧視之政策，並持

續推動性健康友善門診服務，建構兼具專業醫療與去汙名化的友善就醫環境，鼓勵民眾及早就醫與接受治療，降低性傳染病傳播風險。

(4) 持續辦理預防母子垂直感染計畫

為防治梅毒母子垂直感染，持續推動多項防治策略，重點聚焦於強化孕婦的檢驗、治療與追蹤管理，以及伴侶服務，致力縮短自梅毒初篩陽性至確診及治療的時間，提升追蹤管理效率，並透過跨部會及學會合作，建構完整的照護體系。另為加速孕婦梅毒診斷與治療時效，積極推動「產檢梅毒陽性免過卡接續確認檢驗申報方式」，即孕婦於產前檢查接受「非特異性梅毒螺旋體試驗」結果陽性時，免再回診過健保卡，產檢醫療院所得逕以同一管血或同次採血檢體接續執行「特異性梅毒螺旋體試驗」，並申報健保費用，以加速懷孕婦女梅毒診斷與治療流程。

為強化先天性梅毒個案之檢驗追蹤及治療，請各地方衛生局輔導轄內醫療院所，依相關法規及先天性梅毒防治作手冊確實辦理個案通報、檢驗、治療及後續追蹤作業，並督導其依規定時程完成嬰兒梅毒血清學檢驗及結果判讀，確保個案獲得適切醫療處置，並加強家屬衛教與回診管理，以提升追蹤完成率及防治成效；持續將梅毒通報資料與健保署產檢資料進行資料整合，以利及早掌握個案，並結合健康署提供之產前照護資源，確保孕婦自檢驗至產後皆獲妥善照護，降低先天性梅毒發生。另持續辦理公衛人員梅毒及先天性梅毒防治與個案管理教育訓練，以及醫事人員教育訓練與更新相關治療指引，以優化檢驗與處置流程，加快診

斷與治療，同時輔導醫療院所落實通報與追蹤治療。

並加強針對育齡女性及弱勢族群的衛教宣導，運用多國語言及多元管道宣導孕期產檢重要性及安全性行為，並強化伴侶追蹤機制，以降低性傳染病於伴侶間的重複感染。

(5) 評估導入新式預防工具

為強化性傳染病防治策略，持續關注新興預防工具的科學實證與國際應用趨勢，評估導入具潛力且可行性高的措施。例如近期研究指出，4CMenB 疫苗（B 型腦膜炎球菌疫苗）除可預防腦膜炎外，亦可能對淋病具有交叉保護效果，目前仍處於臨床研究階段。未來將整合學術機構與相關醫學會資源，針對新興預防工具於本國風險族群的應用進行可行性、安全性與倫理性評估，並進行成本效益分析與對公共衛生影響。

(6) 推廣 Doxy-PEP 等性傳染病防治政策

依據國際相關文獻報告或指引，對於暴露後預防性投藥 Doxy-PEP（Doxycycline Post-Exposure Prophylaxis）運用於預防梅毒及披衣菌的感染已有實證醫學證據支持，法國研究顯示使用 Doxy-PEP 可分別降低披衣菌及梅毒的發生率約 70%及 73%；美國研究則顯示 Doxy-PEP 可分別降低披衣菌及梅毒的發生率約 88%及 87%，臺灣大學醫學院附設醫院所進行國內本土臨床研究結果亦顯示 Doxy-PEP 對梅毒與披衣菌有良好的預防效果。本部疾管署與台灣感染症醫學會於 2025 年合作編製「台灣成人梅毒及淋病臨床診斷、治療暨預防指引」亦指出，對於有梅毒或披衣菌感染風險之男男性行為者及跨性別女性，可透過醫療共享決策後

適時使用 Doxy-PEP 作為預防措施。

臺大醫院對治療 HIV 感染者之早期梅毒感染研究顯示，合併使用單劑量 benzathine penicillin G（BPG）及 Doxycycline，比單獨使用 BPG 有更好的治療效果，而簡單淋病在治療的劑量上，使用合適的劑量即可達同樣的效果。

惟我國淋病菌株對四環黴素類抗生素（包括 Doxycycline）的抗藥性盛行率達近八成，爰目前不建議使用 Doxy-PEP 於預防淋病感染。

故規劃透過性健康友善門診計畫，進行醫事人員教育訓練，涵蓋 Doxy-PEP 最新實證、適用對象、用藥時機、副作用、潛在抗藥性風險、以及如何進行醫療共享決策等相關內容，以有效防治梅毒等性傳染病。

2. 檢驗與治療照護

(1) 持續辦理性健康友善門診服務，營造友善就診環境，鼓勵個案及早就醫治療

透過串聯感染症醫學會、泌尿科醫學會、婦產科醫學會、家庭醫學醫學會等專業學會之會員醫師，提供就醫民眾衛教諮詢、篩檢、初步診療與轉介追蹤等整合性照護服務，提升性病檢驗與治療的可近性與連續性。同時，亦持續透過與醫學會合作辦理醫事人員教育訓練，強化第一線醫師性傳染病診斷與治療之專業能力，並提升院所之疾病通報與即時介入效率，確保感染者可及時獲得診療與伴侶追蹤服務。

並持續拓展性健康友善門診覆蓋地區與院所數量，並持續建置門診評核與回饋機制，強化服務品質，打造更完整

且尊重的性健康照護體系。

(2) 評估導入新式檢驗或治療工具

隨著公衛需求的提升，性傳染病（STI）篩檢技術正朝向快速、便捷且更具整合性的方向發展。目前的檢測方式雖具有穩定的靈敏度與特異性，但在實際應用上常受限於時間、人力、實驗室限制與地理可近性等因素，使得許多風險族群未能及時接受篩檢與治療。為提升性病防治效率，新式檢測工具必須兼顧診斷準確性、成本效益與使用者友善性，並進一步朝向多重病原體檢測與抗藥性監控發展，才能在有限的醫療資源下達到最大的公衛成效。

以梅毒為例，目前的快速篩檢工具採用免疫層析法，能在數分鐘內由血液、血漿或血清檢體檢出抗體，對於風險族群篩檢具有極高的效益。然而，因這些檢測多屬抗體檢驗，仍存在空窗期的限制，對於初期感染的偵測能力仍有改進空間，或未能顯示疾病的活性而影響後續臨床照護決策。

目前針對淋病的即時檢測難度更高，主要因需藉由分子生物或生化檢驗技術來辨識病原體。目前雖已有部分NAATs（核酸擴增技術）平台被開發為小型化的診斷工具，能在門診中迅速完成檢測並輔助臨床診斷與決策，但仍缺乏能即時檢測淋病抗藥性的快速篩檢工具，因此對於抗藥性菌株的監控依然仰賴傳統的實驗室培養與藥敏試驗。

隨著分子診斷技術的普及與成本下降，多重檢測性傳染病已逐漸成為主流，現行許多實驗儀器已能在單一次檢測中同時辨識多種常見性病病原體，如淋病奈瑟氏球菌、砂眼披衣菌、生殖道黴漿菌與陰道滴蟲等。此外，也有檢測套

組結合 HIV、梅毒、B 型肝炎與 C 型肝炎的血清學快速檢測，提供一站式的檢查服務。這類「一次檢測、多重診斷」的方式，不僅提升檢測效率與成本效益，也讓臨床醫師能取得更全面的感染資訊，有助於精準治療與病情監控。

自我篩檢則是另一項可充分考量的篩檢工具，使用者自行依照指引採集檢體，並將檢體寄回實驗室進行分析，結果再透過線上平台或電話告知。這種模式在隱私性、便利性與可近性方面均有顯著提升，特別適合不願就診、受污名化壓力或居住偏遠地區者。另美國食品藥物管理局（FDA）於 2025 年 3 月首次以 De Novo（一種針對新型低風險至中度風險器材的監管途徑）核准上市一項由女用性健康檢測試劑產品，此產品用於檢測披衣菌、淋病和陰道滴蟲，可居家使用，該裝置能傳遞檢測資訊至特定應用程式（APP），檢測結果所需時間約 30 分鐘。不過，這類方式也存在一定挑戰，需確保使用者採樣正確性以降低偽陰性風險，同時強化結果回報、諮詢與轉介機制，避免風險個案未能接受適當處置。

將持續評估並積極導入具高敏感度、快速檢出或性傳染病多合一的新式檢驗工具，並持續評估觀察引進推廣梅毒與淋病的自我篩檢工具，並確保使用者採樣正確性並強化結果回報機制，建置能傳遞檢測資訊至特定平台或應用程式之友善操作介面，搭配篩檢步驟說明與衛教資訊，進一步提升民眾篩檢準確性與檢驗結果回報機制，並透過公衛、醫療體系（醫院、診所、醫事檢驗所）與民間團體之間的緊密合作，提供諮詢、篩檢、確診、治療和後續照護管道等相關服務。

(3) 建置整合式友善性病檢驗網絡

為提升性傳染病檢驗服務的可近性，透過與醫事檢驗所合作，打造具隱私且友善的檢驗空間，鼓勵醫事檢驗所設計符合民眾需求之愛滋及其他性傳染病（如梅毒、淋病等）之整合式檢驗方案，建立自我採檢之空間及指引，同時加強檢驗人員的專業知能，建立標準化整合式檢驗服務流程，確保檢驗陽性結果的個案能迅速轉介至醫療單位進行治療，並透過多元的教育與宣導活動普及性傳染病防治知識，促使民眾提高檢驗意願，降低疾病傳播風險，形成跨單位合作的整合性性傳染病防治機制，全面提升社會對性傳染病的認知與防治能力。

3. 強化個案管理與伴侶服務（含抗藥性監測）

針對各類風險族群制定疫調工作指引（包含：未成年個案、梅毒懷孕婦女個案、淋病重複感染及抗藥性個案等），並積極辦理個案管理及伴侶服務教育訓練及實務案例經驗分享等，提升一線公衛人員對於不同族群的疫調專業知能及技巧，以強化個案管理。

持續長期監測淋病雙球菌抗藥性趨勢，以確保治療用藥之有效性與完整性，將擴大篩檢範圍，導入快速且高品質的檢測方法及抗菌藥物敏感性監測技術，如分子生物學方法等，並需加強檢體實驗室的檢驗品質認證與管理，以持續長期監測淋病雙球菌抗藥性趨勢。另對抗藥性個案落實個案追蹤管理與伴侶服務，確保淋菌抗藥性個案完成治療，並對接觸者進行篩檢、診斷及治療，避免抗藥性淋菌持續擴散。

提供性病個案伴侶服務亦為阻斷傳播鏈的關鍵，透過自願方式，將性病患者的性伴侶納入檢測、諮詢與治療範疇，不僅有助於有效中斷傳播鏈，也能預防個案再次感染。然而，由於患者普遍不願透露性伴侶詳情，導致疫調和接觸者追蹤相當困難，故須制定並落實兼顧人權及隱私保護的個案管理指引及性伴侶告知策略，透過與個案建立信任關係，鼓勵其主動提供性接觸者聯繫方式，由專業公衛人員進行後續聯繫，為其性伴侶提供必要之健康諮詢、衛教、篩檢及治療轉介等服務。

4. 結合愛滋預防與篩檢的整合式服務網絡

愛滋及性傳染病具有共同的傳播途徑和預防措施，於「性傳染病、急性病毒性肝炎或藥癮病患全面篩檢愛滋病毒計畫」及「愛滋暴露前預防性投藥（PrEP）計畫」等既有防治策略中，納入淋病及梅毒等篩檢服務，甚至同時篩檢其他性傳染病（如披衣菌、HSV、HPV 等）之整合式篩檢，設計符合民眾需求的多合一性傳染病檢驗套裝，並與性健康友善門診與醫事檢驗所等單位合作，進一步提升篩檢量與轉介陽性個案至醫療單位治療之時效性。

整合多種疾病的檢測不僅可有效提升篩檢率，也有助降低外展服務及人力資源成本。鑒於我國在愛滋防治方面已有一定成效，本部疾管署「112 年傳染疾病整合式匿名篩檢及社群網絡追蹤服務計畫」也指出，建議於愛滋篩檢中同步納入梅毒與淋病的篩檢及衛教，例如：利用相同檢體進行多重檢驗，可提升民眾篩檢意願，進而提升性傳染病篩檢涵蓋率，並強化衛教宣導成效。

研究與國際實務皆指出，曾罹患性傳染病個案未來感染 HIV 的風險顯著升高，因此將此族群納入愛滋暴露前預防性投藥（PrEP）服務對象，為防治之關鍵策略。考量目前國內部分性傳染病個案，於治療後並未充分進行後續感染風險評估與衛教，導致風險行為持續發生，應建立制度化之性病個案轉介 PrEP 計畫進行評估與服務流程，鼓勵性病診治與 PrEP 計畫醫療院所間建立雙向合作機制，於診斷性病個案後，主動進行或轉介個案進行 PrEP 諮詢及風險評估。

另性病患者亦為感染 M 痘風險族群，我國 M 痘確診個案其中有 75%曾通報梅毒、淋病或 HIV 等性傳染病，且近 6 成未完整接種 2 劑 M 痘疫苗，因此，應持續推動跨科別合作，強化性病個案常就診科別（如感染科、泌尿科、皮膚科、大腸直腸外科、婦產科與家醫科等）之介入機制，當臨床遇有愛滋或性病個案時，能於門診直接提供疫苗接種，或進行轉介以完成接種，以提升風險族群對 M 痘疫苗的可近性與接種率。

（三）M 痘（Mpox）防治政策

1. 預防策略

(1) 衛教知能促進及推廣

M 痘疫情仍為國際關注公共衛生緊急事件，疫情仍持續擴散，尤其是 Ia 及 Ib 亞型病毒株在剛果民主共和國及鄰近非洲國家所引發的新一波疫情，將持續運用既有資源進行衛教宣導，透過多元管道提升民眾對 M 痘預防、症狀辨識、自我健康管理等相關知能，進而達到有效的社區保護，以同理與包容的方式傳遞衛教訊息，宣導內容避免汙名化

和隱私暴露，並結合愛滋防治推動各項去歧視之政策，打造去汙名化的友善環境，持續與民間團體合作建立夥伴關係，持續建立暢通且透明之訊息傳遞管道，以提升風險族群的健康意識與合作意願，落實疾病控制的整體效能。

(2) 持續辦理 M 痘疫苗接種宣導與推廣，以及安全性監測

我國 M 痘疫情目前呈散發流行，疫情傳播風險仍高，須持續提升感染風險族群疫苗涵蓋率與保護力，以有效降低傳播鏈並避免重症或死亡個案的發生，特別是防止疫情波及至老年人、兒童等較易產生嚴重併發症之族群。

考量 M 痘疫苗接種主要針對特定風險族群，包括：性交易服務者、於營業場所發生性行為者及性病患者等，接種政策應以人為本，強調尊重隱私及除疾病汙名化，應持續透過多元且具文化敏感度之管道宣導，包括社群媒體、民間團體社群網絡、愛滋指定醫事機構、性健康友善醫療院所及多元性別健康中心等，以降低接種門檻，並提升疫苗接種的可近性與可接受性。宣導內容應著重疫苗的預防效果、接種流程簡便性及其對個人與群體健康的保護意義，並針對常見疑慮提供科學依據與溝通支持，協助民眾做出正確健康選擇。

另由於 M 痘疫苗屬新興疫苗，其長期保護力及安全性尚待驗證，因此建立完善的疫苗安全性監測體系極為關鍵。我國持續透過疫苗不良事件通報系統（VAERS）進行監測，通報資料後續由本部食藥署及藥害救濟基金會所屬之「全國藥物不良反應通報中心」進行疫苗安全訊號偵測、風險評

估及因果釐清，並定期公布評估結果，以確保疫苗資訊透明，並強化社會大眾對疫苗安全的信任。

此外，我國持續追蹤，並參考國內外針對特殊族群（如免疫功能低下者、慢性病患者、孕婦、青少年及兒童等）進行之 M 痘疫苗效益與風險評估研究，並結合疫苗不良反應、突破性感染率、抗體持續性等資料，作為政策調整與新疫苗引進之依據，支持 M 痘疫苗保護效力臨床相關研究，強化科學證據累積與本地化應用，以期建立一套科學嚴謹且符合我國需求及具信任基礎的疫苗接種與監測機制，提升整體防疫韌性，守護國人健康。

(3) 持續關注與評估新疫苗發展

目前我國採用之 M 痘疫苗為經歐盟與美國核准之第三代不活化疫苗 MVA-BN（JYNNEOS®）疫苗，其安全性高、可用於免疫功能低下者與 HIV 感染者，為目前國際間常用之 M 痘疫苗之一，然全球 M 痘疫情發展與病毒株持續變異，有關 JYNNEOS®疫苗的防護持久性、對不同族群的保護效益及罕見不良反應仍需持續監測與研究。

近期美國核准之冷凍乾燥抗原型 M 痘疫苗，在運輸、儲存條件和保存期限方面具有優勢，該冷凍乾燥抗原型疫苗在免疫效力、安全性與原液態冷儲型 MVA-BN 疫苗相當，有效改善原液態冷儲型 MVA-BN 疫苗於冷鏈儲存條件之限制，液態冷儲型 MVA-BN 疫苗須儲存於-20˚C 以下，於 2-8˚C 僅可存放 4 週，而冷凍乾燥抗原型於 2-8˚C 下保存更長時間，且混合後即可提供接種，適用於資源有限地區、偏遠地區及緊急部署情形，有效提升疫苗儲運與調配之靈活

性，冷凍乾燥抗原型 MVA-BN 疫苗已納入美國 M 痘疫苗戰略儲備及優先接種計畫，亦值得關注。

另目前已有數家國際製藥公司及研究機構投入 mRNA 平台用於開發新一代M痘疫苗，mRNA疫苗具備快速設計、可精準針對病毒抗原設計免疫反應之優勢，亦可快速因應病毒變異調整組成，在 COVID-19 疫情期間已證實其有效性與彈性。有關 M 痘 mRNA 疫苗之臨床前研究展現出良好免疫原性與保護效果，目前部分已進入臨床試驗階段，未來有望作為次世代疫苗選項之一。

我國將密切關注國際臨床試驗與疫苗核准狀態，掌握mRNA疫苗或其他新型M痘疫苗之研究進展，以及其於免疫持續性、安全性、劑型優化（如經皮、口服等新型給藥方式）或儲運便利性等方面之創新進展，研議是否引進具更高保護力或副作用更低的新疫苗，以作為未來疫苗後續採購與政策評估之重要依據，並持續進行我國本土實證臨床、免疫橋接研究與不良反應監測，以確保符合國人健康需求與疫苗安全標準。透過科學證據支持、風險評估機制與彈性策略調整，確保我國 M 痘疫苗政策具有前瞻性與可持續性，以強化國家應對M痘等新興傳染病的整體韌性與公共衛生防護力。

2. 疫情監測通報與檢驗

疫情監測通報的核心目標在於及早發現感染者，透過快速識別病例、隔離感染者與追蹤接觸者，有效阻斷人際傳播鏈且保護風險族群，並防止疫情進一步擴散。

為全面掌握疫情動態，持續強化全國傳染病檢驗網絡，推動檢驗在地化，並關注新式診斷檢驗工具的發展，評估其導入之可行性，以確保檢驗品質與提升檢驗效率。基因序列對於了解病毒特性與變化具有關鍵作用，為有效因應病毒變異後帶來之風險，如傳播力、致死率提升，持續建立特異性核酸檢測方法以進行 M 痘病毒演化分支監測，並挑選陽性樣本進行基因定序以累積序列資料，追蹤可能影響病毒傳播力、致病性或檢驗靈敏度等的關鍵突變。

3. 個案及接觸者處置與個案治療照護

(1) 精進疫情調查及接觸者追蹤

面對確診個案，地方衛生單位須於 24 小時內完成疫情調查，精準建立接觸者名單，並依風險分級原則進行疫苗接種建議、自主健康監測及衛教介入。透過高效率、高隱私保護的疫調與追蹤流程，強化早期介入與傳播阻斷能力，並避免因過度揭露而引發社會汙名與資訊隱匿，確保個案願意配合公衛措施。

(2) 落實 M 痘個案處置措施及自主健康管理

針對臨床症狀輕微或不需住院之 M 痘第 II 亞型病毒株個案，依據工作手冊落實自主健康管理措施，包括落實居家自我照顧、每日健康監測、避免與他人密切接觸及個人防護等，以降低傳播風險。衛生單位定期追蹤與提供確診個案健康相關諮詢，確保個案在居家自主健康管理期間獲得必要支持與適當醫療轉介，於確診個案符合 2 階段自主健康管理結案標準時，協助安排臨床醫師進行專業評估，維持公共衛生安全與個人健康權益之平衡。

(3) 確保 M 痘抗病毒藥物儲備

考量重症風險族群（如免疫功能低下者、兒童、孕婦等）在感染後可能出現嚴重病程，我國持續盤點並確保抗病毒藥物（如 tecovirimat 等）之安全儲備量，作為臨床治療與公衛應變之備援資源，並建置藥品調度與使用管理方案，供診治確診個案之醫療院所依病情申請使用。

(4) 連結確診個案至 HIV 及其他性傳染病篩檢及諮詢服務

依據國外研究及我國本土資料顯示，確診 M 痘個案多屬高風險性行為族群，合併 HIV 或其他性傳染病（如梅毒、淋病、急性 A、B、C 型病毒性肝炎）之感染風險明顯偏高。因此，確診 M 痘個案除接受治療與健康管理外，亦應納入更全面的性健康風險評估與介入措施，以實現整體健康促進與傳播風險控制之雙重目標。

研究亦指出，免疫功能低下的 HIV 感染者若同時感染 M 痘，較易發展為重症甚至死亡，顯示此類族群在 M 痘防治中應被列為優先照護與預防對象。個案確診 M 痘後即主動提供 HIV 檢驗及其他性病檢查，並提供結合性健康諮詢與行為預防指導。

此舉不僅有助於早期發現潛在 HIV 感染者與共病狀況，亦可增強個案對性健康議題之風險認知與自我照護意識，進而減少傳播鏈的延續與擴散。此外，亦結合現行愛滋防治資源，如轉介確診 M 痘個案至 HIV PrEP 諮詢服務，並與愛滋指定醫療院所、性病友善醫療機構建立標準化之轉介流程與個案追蹤機制，強化服務連結與資源整合。

透過M痘疫苗接種與確診通報為介入契機，導入性健康促進與疾病預防的正確觀念，不僅可提升個案的整體健康福祉與醫療照護可近性，更有助於建構具前瞻性、公平性與整合性的公共衛生服務網絡，落實感染防治與健康平權之目標。

（四）強化研究發展及國際合作

1. 國際參與及鼓勵科學研究

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。鑑於我國愛滋防治成效卓著，未來規劃進一步將我國歷年來的愛滋防治策略、疾病監測模式及跨部門合作機制，透過國際會議、技術研討及雙邊交流等平台，系統性分享予世界各國，展現我國在疾病防治領域的實力與貢獻，並促進各國的防疫實務與政策交流，以增進國際能見度，並深化與國際夥伴之合作關係，與強化區域聯防作用。同時亦規劃將我國愛滋防治之演進及成果，導入生成式AI（GenAI）與檢索增強生成（RAG）技術，協助第一線防疫人員以自然語言方式快速萃取歷年研究洞察，提升知識運用效率與決策支援品質。

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。

2. 消除母子垂直感染認證預備工作盤點

有關 WHO「消除母子垂直傳染」(EMTCT)驗證框架涵蓋愛滋、梅毒及 B 型肝炎 3 項疾病，我國在愛滋及梅毒預防母子垂直感染的成效，已達到 WHO 所訂標準，未來將建立跨部門協作機制，持續整合並蒐集孕婦與新生兒之監測、疫苗接種、檢驗及治療等相關資料，提報予全球核驗諮詢委員會(GVAC)進行審查，同時確保法規政策、人權保障與社區參與等面向均符合 WHO 規範，以申請 WHO 區域與全球認證，向國際展現我國公共衛生防治成果。

伍、期程與資源需求

一、計畫期程

本期計畫自 2027 年 1 月 1 日起至 2031 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				
	2027	2028	2029	2030	2031
一、愛滋防治政策	**2,156,527**	**2,199,212**	**2,250,757**	**2,290,390**	**2,329,477**
(一)強化防疫基礎建設及跨單位與民間組織之防治網絡	**46,700**	**46,700**	**46,700**	**46,700**	**46,700**
落實中央與地方政府合作及分工	16,000	16,000	16,000	16,000	16,000
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
持續辦理防疫人員專業訓練	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000
強化防疫基礎資訊系統建設，導入人工智慧（AI）技術增加效能	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000
(二)去歧視策略、友善醫療服務	**30,000**	**30,000**	**30,000**	**30,000**	**30,000**
(三)增強預防性方案	**635,000**	**675,000**	**725,000**	**765,000**	**805,000**
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及擴大暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）計畫	510,000	550,000	600,000	640,000	680,000
持續辦理藥癮愛滋減害及預防母子垂直感染計畫	85,000	85,000	85,000	85,000	85,000
年輕族群及關鍵族群防治計畫	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
(四)目標族群主動篩檢發現及早介入	**100,000**	**100,000**	**100,000**	**100,000**	**100,000**
接軌國際導入「選擇性退出篩檢（opt-out）」	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000
篩檢服務（醫療端、公衛社區端及愛滋自我篩檢等）	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
同儕導師暨社群網絡友善篩檢服務	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000
(五)儘速連結照護治療體系及個案管理	**1,327,827**	**1,330,512**	**1,332,057**	**1,331,690**	**1,330,777**
醫療費用及部分負擔	927,154	927,877	927,577	927,210	926,297

工作項目內容	執行年度				
	2027	2028	2029	2030	2031
強化特殊應關懷、困難個案及外籍人士等個案之管理	39,000	39,000	39,000	39,000	39,000
運用創新技術優化個案管理效能	18,000	18,000	18,000	18,000	18,000
慢性傳染病照護品質計畫	96,353	98,315	100,160	100,160	100,160
其他	247,320	247,320	247,320	247,320	247,320
(六)愛滋抗藥性監測、群聚或群突發事件監測及應變	**17,000**	**17,000**	**17,000**	**17,000**	**17,000**
強化監測追蹤管理體系	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000
及時偵測群聚事件、快速應變阻止持續傳播	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000
二、淋病、梅毒及先天性梅毒防治政策	**349,000**	**349,000**	**349,000**	**349,000**	**349,000**
(一)預防策略	**58,000**	**58,000**	**58,000**	**58,000**	**58,000**
衛教知能促進及推廣	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
年輕族群及關鍵族群防治	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
持續辦理預防母子垂直感染計畫	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
評估導入新式預防工具、推廣 Doxy-PEP 等性傳染病防治政策	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000
(二)檢驗與治療照護	**233,000**	**233,000**	**233,000**	**233,000**	**233,000**
持續辦理性健康友善門診服務，營造友善就診環境	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000
評估導入新式檢驗或治療工具	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000
建置整合式友善性病檢驗網絡	210,000	210,000	210,000	210,000	210,000
(三)強化個案管理與伴侶服務	**50,000**	**50,000**	**50,000**	**50,000**	**50,000**
強化個案管理與伴侶服務	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
抗藥性監測	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000
(四)結合愛滋預防與篩檢的整合式服務網絡	**8,000**	**8,000**	**8,000**	**8,000**	**8,000**
三、M 痘防治政策	**43,950**	**43,950**	**43,950**	**43,950**	**43,950**
(一)預防策略	**15,000**	**15,000**	**15,000**	**15,000**	**15,000**
衛教知能促進及推廣	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000
持續辦理 M 痘疫苗接種宣導與推廣，以及安全性監測	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
持續關注與評估新疫苗發展	-	-	-	-	-
(二)疫情監測通報與檢驗	**6,950**	**6,950**	**6,950**	**6,950**	**6,950**
(三)個案及接觸者處置與個案治療照護	**22,000**	**22,000**	**22,000**	**22,000**	**22,000**

工作項目內容	執行年度				
	2027	2028	2029	2030	2031
精進疫情調查及接觸者追蹤	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000
落實 M 痘確診個案處置措施及自主健康管理	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000
確保 M 痘抗病毒藥物儲備	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
連結確診個案至 HIV 及其他性傳染病篩檢及諮詢服務	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000
四、強化研究發展與國際合作	**5,000**	**5,000**	**5,000**	**5,000**	**5,000**
總計	**2,554,477**	**2,597,162**	**2,648,707**	**2,688,340**	**2,727,427**

備註：

1. 資本門每年經費 50,000 千元，用途分列如下：
   (1) 篩檢及個案管理服務設備：(一、愛滋防治政策(一)強化防疫基礎建設及跨單位與民間組織之防治網絡項下 12,000 千元、(四)目標族群主動篩檢發現及早介入項下 2,000 千元、(五)儘速連結照護治療體系及個案管理項下 18,000 千元、二、淋病、梅毒及先天性梅毒防治政策(二)檢驗與治療照護項下 5,000 千元、三、M 痘防治政策(三)個案及接觸者處置與個案治療照護 1,000 千元）38,000 千元。
   (2) 資訊系統介接整合(一、愛滋防治政策(四)目標族群主動篩檢發現及早介入 2,000 千元、二、淋病、梅毒及先天性梅毒防治政策(四)結合愛滋預防與篩檢的整合式服務網絡 2,000 千元、三、M 痘防治政策(三)個案及接觸者處置與個案治療照護-連結確診個案至 HIV 及其他性傳染病篩檢及諮詢服務 2,000 千元）6,000 千元。
   (3) 強化監測系統（一、愛滋防治政策(六)愛滋抗藥性監測、群聚或群突發事件監測及應變項下 2,000 千元及二、淋病、梅毒及先天性梅毒防治政策(三)強化個案管理與伴侶服務-抗藥性監測 2,000 千元、三、M 痘防治政策(二)疫情監測通報與檢驗 2,000 千元）6,000 千元。
2. 有關愛滋醫療費用計算基準，乃以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 2027 年（2,400 人）、2028 年（2,350 人）、2029 年（2,300 人）、2030 年（2,250 人）、2031 年（2,200 人）。
   (2) 支付未用藥個案醫療費用：預估分別為 2027 年（214 人）、2028 年（189 人）、2029 年（139 人）、2030 年（114 人）、2031 年（89 人）。
   (3) 部分負擔：支付每名個案部分負擔費用約為 10,900 元/人/年，預估人數分別為 2027 年（36,627 人）、2028 年（37,652 人）、2029 年（38,652 人）、2030 年（39,577 人）、2031 年（40,452 人）。
   (4) 愛滋防治政策(五)儘速連結照護治療體系及個案管理-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。33,320 千元/年
      B. 愛滋醫療品質提升及個案管理計畫，費用約需 168,000 千元/年。

C. 藥癮愛滋維持治療醫療費用，約需 40,000 千元/年。

D. 長效針劑補助及維護用藥品質相關費用，約需 6,000 千元/年。

3. 有關「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」之計算基準，口服 PrEP 藥物 5 萬元/人、2 個月長效針劑 20 萬元/人，並導入性病多合一之篩檢工具(6,000 元/人次)。
4. 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。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。
5. 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，每年編列相對配合款支應。

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 2027 年至 2031 年，所需經費共為 13,216,113 千元（不含人事費）。按年度分，2027 年度所需經費為 2,554,477 千元，2028 年度所需經費為 2,597,162 千元，2029 年度所需經費為 2,648,707 千元，2030 年度所需經費為 2,688,340 千元，2031 年度所需經費為 2,727,427 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	2027	2028	2029	2030	2031	總計
經常門	2,504,477	2,547,162	2,598,707	2,638,340	2,677,427	12,966,113
資本門	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	250,000
合　計	**2,554,477**	**2,597,162**	**2,648,707**	**2,688,340**	**2,727,427**	**13,216,113**

（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，使我國愛滋及性傳染病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 WHO 2030 年消除愛滋全球計畫目標，訂定至 2030 逐步達成降低愛滋新通報感染人數至 780 人、2031 年 750 人及整體績效指標「已感染者達病毒量測不到的比率」2031 年精進至 86.8%。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及性傳染病防治之角色與權責，整合全國愛滋及性傳染病防治資源，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，使感染風險行為族群有效預防愛滋感染。

五、性病病人常有合併感染，規劃提供整合式預防、篩檢與治療照護等服務有其重要性與必要性，而建立整合式友善性傳染病檢驗網絡，及導入性傳染病新式篩檢或診斷檢驗之工具，並規劃成立一站式性傳染病健康服務中心，確實可提升民眾接受篩檢及治療等服務之可近性，對於民眾早期診斷及早期治療極有助益，可降低病毒交互傳播之機會。

六、透過與地方政府衛生局及民間團體合作，提供多元場域愛滋及性傳染病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。

七、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，促使愛滋感染者儘速穩定就醫治療，有效控制愛滋病毒量達測不到（病毒量小於 200 copies/mL），除了維持自身健康及免疫功能正常運作，另一方面愛滋病毒量測不到就傳不出去，即國際共識「Undetectable＝Untransmittable」（簡稱 U=U），鼓勵感染者穩定接受治療有助於整體愛滋防治，達到「治療即預防（Treatment as prevention，TasP）」的最大效益。

八、整體愛滋及性傳染病新通報感染個案數減少，有效撙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前端預防感染策略與更妥適之配置，節省之醫療及社會成本等相關資源，以投入於預防及教育等防治相關工作。

九、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，及時阻止愛滋及性傳染病疫情傳播。

十、擴展國際合作，分享我國愛滋及性傳染病防治經驗與成果，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。

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
	2027	2028	2029	2030	2031		
一、愛滋防治政策							
(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	46,700	46,700	46,700	46,700	46,700	1.8%	
落實中央與地方政府合作及分工	16,000	16,000	16,000	16,000	16,000		「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
持續辦理防疫人員專業訓練	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000		人才培訓
強化防疫基礎資訊系統建設，導入人工智慧（AI）技術增加效能	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000		新增及整合各篩檢單位與篩檢資料相關系統 導入 AI 技術輔助風險識別、篩檢診斷等技術費用

工作項目內容	執行年度					經費配比	各項策略執行內容
	2027	2028	2029	2030	2031		
(二)去歧視策略、友善醫療服務	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	1.1%	補助愛滋指定醫事機構辦理友善醫療服務費用 委託專業團體建立評估機制
(三)增強預防性方案							
小計	635,000	675,000	725,000	765,000	805,000	27.3%	
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、多元衛教素材製作 世界愛滋病日宣導 政策擬定及示範機構執行
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	510,000	550,000	600,000	640,000	680,000		新式預防工具之導入 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預防母子垂直感染計畫	85,000	85,000	85,000	85,000	85,000		藥癮愛滋減害計畫、預防母子垂直感染
年輕族群及關鍵族群防治計畫	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000		多元性別健康服務中心、年輕族群及關鍵族群介入計畫
(四)目標族群主動篩檢發現及早介入							
小計	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	3.8%	

工作項目內容	執行年度					經費配比	各項策略執行內容
	2027	2028	2029	2030	2031		
接軌國際導入「選擇性退出篩檢（opt-out）」	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000		法規調整評估 辦理座談會相關費用
篩檢服務（醫療端、公衛社區端及愛滋自我篩檢等）	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資訊系統或 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
同儕導師暨社群網絡友善篩檢服務	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000		同儕導師培訓費用、同儕導師獎勵費用
(五)儘速連結照護治療體系及個案管理							
小計	1,327,827	1,330,512	1,332,057	1,331,690	1,330,777	50.3%	
醫療費用及部分負擔	927,154	927,877	927,577	927,210	926,297		愛滋個案醫療費用及部分負擔費用
強化特殊應關懷、困難個案及外籍人士等個案之管理	39,000	39,000	39,000	39,000	39,000		特殊個案處遇及管理費用

工作項目內容	執行年度					經費配比	各項策略執行內容
	2027	2028	2029	2030	2031		
運用創新技術優化個案管理效能	18,000	18,000	18,000	18,000	18,000		愛滋個案追蹤管理系統功能新增與優化、導入 AI 技術提升個案管理效能
慢性傳染病照護品質計畫	96,353	98,315	100,160	100,160	100,160		慢性傳染病照護品質計畫費用
其他	247,320	247,320	247,320	247,320	247,320		包括：愛滋醫療品質提升及個案管理計畫、nPEP、愛滋初步篩檢陽性個案確認檢驗、藥癮愛滋維持治療醫療費用及長效針劑補助等
(六)監測群聚或群突發事件及應變							
小計	17,000	17,000	17,000	17,000	17,000	0.6%	
強化監測追蹤管理體系	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000		強化監測追蹤管理體系 愛滋抗藥性檢測費用
及時偵測群聚事件、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
二、淋病、梅毒及先天性梅毒防治政策							
(一)預防策略							
小計	58,000	58,000	58,000	58,000	58,000	2.2%	
衛教知能促進及推廣	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000		一般大眾宣導 多元性傳染病衛教素材製作
年輕族群及關鍵族群防治	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000		年輕族群及關鍵族群介入計畫
持續辦理預防母子垂直感染計畫	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000		預防母子垂直感染計畫費用 醫事人員教育訓練費用

工作項目內容	執行年度					經費配比	各項策略執行內容
	2027	2028	2029	2030	2031		
							編制治療指引費用
評估導入新式預防工具、推廣 Doxy-PEP 等性傳染病防治政策	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000		引進及發展新式預防工具 專業人員教育訓練
(二)檢驗與治療照護							
小計	233,000	233,000	233,000	233,000	233,000	8.8%	
持續辦理性健康友善門診服務，營造友善就診環境	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000		性健康友善門診服務品質提升計畫
評估導入新式檢驗或治療工具	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、性病自我篩檢套組 檢驗方法改良研究 檢驗人才培訓 實驗室品質監控
建置整合式友善性病檢驗網絡	210,000	210,000	210,000	210,000	210,000		人工智慧服務系統開發與維護 友善空間建置與維護 標準檢驗流程建置 專業人員培訓 整合式友善性病檢驗網絡推廣 整合式性病篩檢
(三)強化個案管理與伴侶服務							
小計	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	1.9%	
強化個案管理與伴侶服務	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
	2027	2028	2029	2030	2031		
抗藥性監測	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000		抗藥性檢測、標準檢驗流程建置
(四)結合愛滋預防與篩檢的整合式服務網絡	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000	0.3%	
三、M 痘防治政策							
(一)預防策略							
小計	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	0.6%	
衛教知能促進及推廣	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000		分眾 M 痘防治宣導 辦理民間團體座談會相關費用
持續辦理 M 痘疫苗接種宣導與推廣，以及安全性監測	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000		M 痘疫苗接種宣導 疫苗安全性監測系統維運
持續關注與評估新疫苗發展	-	-	-	-	-		
(二)疫情監測通報與檢驗	6,950	6,950	6,950	6,950	6,950	0.3%	強化監測追蹤管理體系
(三)個案及接觸者處置與個案治療照護							
小計	22,000	22,000	22,000	22,000	22,000	0.8%	
精進疫情調查及接觸者追蹤	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000		疫情調查、接觸者追蹤 監測系統維運 人才培訓
落實 M 痘確診個案處置措施及自主健康管理	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000		人才培訓
確保 M 痘抗病毒藥物儲備	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000		M 痘抗病毒藥物採購、倉儲及配送相關費用

工作項目內容	執行年度					經費配比	各項策略執行內容
	2027	2028	2029	2030	2031		
連結確診個案至 HIV 及其他性傳染病篩檢及諮詢服務	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000		標準化轉介流程與個案追蹤機制建置 HIV 及性傳染病資訊系統介接
四、強化研究發展與國際合作	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	0.2%	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，以利了解愛滋及性傳染病防治國際政策或科技研究發展趨勢並建立國際人脈。
總計	**2,554,477**	**2,597,162**	**2,648,707**	**2,688,340**	**2,727,427**		**13,216,113**

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 50,000 千元，用途分列如下：

(1) 篩檢及個案管理服務設備：(一、愛滋防治政策(一)強化防疫基礎建設及跨單位與民間組織之防治網絡項下 12,000 千元、(四)目標族群主動篩檢發現及早介入項下 2,000 千元、(五)儘速連結照護治療體系及個案管理項下 18,000 千元、二、淋病、梅毒及先天性梅毒防治政策(二)檢驗與治療照護項下 5,000 千元、三、M 痘防治政策(三)個案及接觸者處置與個案治療照護 1,000 千元）38,000 千元。

(2) 資訊系統介接整合（一、愛滋防治政策(四)目標族群主動篩檢發現及早介入 2,000 千元、二、淋病、梅毒及先天性梅毒防治政策(四)結合愛滋預防與篩檢的整合式服務網絡 2,000 千元、三、M 痘防治政策(三)個案及接觸者處置與個案治療照護-連結確診個案至 HIV 及其他性傳染病篩檢及諮詢服務 2,000 千元）6,000 千元。

(3) 強化監測系統（一、愛滋防治政策(六)愛滋抗藥性監測、群聚或群突發事件監測及應變項下 2,000 千元及二、淋病、梅毒及先天性梅毒防治政策(三)強化個案管理與伴侶服務-抗藥性監測 2,000 千元、三、M 痘防治政策(二)疫情監測通報與檢驗 2,000 千元）6,000 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，最終致使國內愛滋及性傳染病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：

表一、本計畫之風險辨識表

風險項目	風險情境	現有風險對策
無法達成消除愛滋暨性傳染病防治五年計劃之目標	1.疾病特性： 愛滋、梅毒、淋病及 M 疘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及性傳染病感染之最佳方式，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。 另依據國外經驗，淋病即使提高篩檢量，病例	1.針對目標族群持續推動愛滋及性傳染病預防、篩檢與治療，藉以降低新增感染人數。 2.持續培育我國愛滋及性傳染病防治人才。 3.積極爭取相關防疫預算。 4.因應疫情研擬相關應變策略，確保愛滋及性傳染病防治相關服務措施不中斷。

風險項目	風險情境	現有風險對策
	數未能顯著下降;而梅毒在國外確實有提高篩檢量而病例數先上升後下降之情形,但我國梅毒及淋病每十萬人口病例數目前仍在上升階段,即使因提供整合式篩檢服務等相關介入措施，初期也不易立即顯現防治成效。 2.愛滋尚無可治癒之藥物： 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。 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。 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，皆由本部疾管署公務預算支出，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	

風險項目	風險情境	現有風險對策
	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，或無法擴大愛滋 PrEP 或梅毒及披衣菌 Doxy-PEP 等服務量能及涵蓋率以有效保護風險族群免於愛滋及性傳染病感染，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. 因應全球新興傳染病疫情之不確定性，如嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19），可能影響民眾取得愛滋及性傳染病篩檢、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，可能影響愛滋及性傳染病醫療服務，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，增加愛滋及性傳染病防治難度。	

(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，將造成愛滋及性傳染病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醫權、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 2024 年仍有 63 萬人死於愛滋或其相關原因。而我國 2024 年亦有 70 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，而本部疾管署設有 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，本部疾管署亦會統一回應，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 1,227 萬元，新通報感染者人數如仍維持 1,200 人左右，將每年有 147 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：

有關聯合國愛滋規劃署 2030 年愛滋防治 95-95-95 目標，我國 2024 年達 92%知道自己已感染、感染者有 96%服藥、接受治療者有 95%的人病毒受到控制，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，勢必要投入更多之資源及經費，才能有機會達到愛滋防治 95-95-95 目標。

表二、風險可能性評量標準表

等級（L）	可能性	詳細描述
3	非常可能	5 年內只有在少數情況下會發生
2	可能	5 年內有些情況下會發生
1	不太可能	5 年內只會在特殊的情況下發生

表三、風險影響程度評量標準表

等級（I）	影響程度	衝擊後果	形象	民眾抗爭	目標達成
3	非常嚴重	高度危機	政府形象受損	追究行政院行政責任	愛滋及性傳染病發生率不降反升
2	嚴重	中度危機	衛生福利部形象受損	追究衛生福利部行政責任	愛滋及性傳染病發生率下降未達目標
1	輕微	低度危機	各單位形象受損	追究執行單位行政責任	愛滋及性傳染病發生率持續下降

表四、風險判定基準

影響程度＼可能性	不太可能（1）	可能（2）	非常可能（3）
非常嚴重（3）	高度風險 R=3	高度風險 R=6	極度風險 R=9
嚴重（2）	中度風險 R=2	高度風險 R=4	高度風險 R=6
輕微（1）	低度風險 R=1	中度風險 R=2	高度風險 R=3

極度風險（R=9）：需立即採取處理行動消除或降低其風險。

高度風險（R=3~6）：需研擬對策消除或降低其風險。

中度風險（R=2）：仍需進行控管活動降低其風險。

低度風險（R=1）：不需執行特定活動降低其風險。

(三) 風險處理

依據前述風險評量標準及其現有風險對策，分析各項風險發生之可能性及影響程度，訂定「風險評估及處理彙總表」、「計畫現有風險圖像」及「計畫殘餘風險圖像」，如下：

表五、風險評估及處理彙總表

風險項目	風險情境	現有風險對策	現有風險值(可能性x影響程度)	新增風險對策	殘餘風險值(可能性x影響程度)
無法達成消除愛滋暨性傳染病防治目標	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，民眾取得愛滋及性傳染病篩檢、預防與治療藥物之困難度增加。	1.針對目標族群持續推動愛滋及性傳染病預防、篩檢與治療，藉以降低新增感染人數。 2.持續培育我國愛滋及性傳染病防治人才。 3.積極爭取相關防疫預算。 4.因應疫情研擬相關應變策略，確保愛滋及性傳染病防治相關服務措施不中斷。	6（2x3）	1.積極擴大多元愛滋及性傳染病預防管道，包括：暴露愛滋病毒前預防性投藥(PrEP)、愛滋及性傳染病預防篩檢及諮詢服務管道，提升愛滋及性傳染病預防篩檢可近性，使風險族群或潛在感染者於疫情下仍能積極掌握自身愛滋感染狀態，以及早發現、及早就醫治療。 2.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，提升專業知能及服務品質。 3.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	4（2x2）

風險項目	風險情境	現有風險對策	現有風險值(可能性x影響程度)	新增風險對策	殘餘風險值(可能性x影響程度)
				之首要目標族群，並設定執行範圍。 4. 完善公衛端及醫療端個案管理服務，提供以病人為中心之整合式照護。另積極導入新式預防、診斷及治療策略，以接軌國際。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。	

圖六、計畫現有風險圖像

可能性 / 影響程度	不太可能（1）	可能（2）	非常可能（3）
非常嚴重（3）	高度風險 R=3	高度風險 R=6 **無法達成消除愛滋暨性傳染病防治目標**	極度風險 R=9
嚴重（2）	中度風險 R=2	高度風險 R=4	高度風險 R=6
輕微（1）	低度風險 R=1	中度風險 R=2	高度風險 R=3

圖七、計畫殘餘風險圖像

可能性 / 影響程度	不太可能（1）	可能（2）	非常可能（3）
非常嚴重（3）	高度風險 R=3	高度風險 R=6	極度風險 R=9
嚴重（2）	中度風險 R=2	高度風險 R=4 **無法達成消除愛滋暨性傳染病防治目標**	高度風險 R=6
輕微（1）	低度風險 R=1	中度風險 R=2	高度風險 R=3

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，方能完備我國愛滋及性傳染病防治策略。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	一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。 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及性傳染病防治宣導教育，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，以辦理後續愛滋及性傳染病防治相關事宜。 三、加強替代役役男愛滋及性傳染病防治教育宣導,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。 四、針對第一線消防救護工作人員辦理愛滋及性傳染病防治相關課程，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。 五、配合縣市政府聯合稽查小組辦理八大行業稽查，當警方查獲之性交易服務者及其相對人、施用或販賣毒品者，通知衛生單位辦理愛滋及其他性病防治講習及提供篩檢諮詢與衛教，包括：「愛滋篩檢」及「暴露愛滋病毒前預

部會/單位	配合事項
	防性投藥（PrEP）」等。 六、警政單位與本部合作擴大辦理警察人員協助相關防治計畫，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及性傳染病防治宣導講習時，通知所屬員警參與。 七、宣導「愛滋及性傳染病篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）」等愛滋及性傳染病防治衛教資訊。 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配合設置自我篩檢試劑自動服務機之可行性。
外交部	
外交部 所屬部門	一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。 二、於外派人員行前講習課程納入愛滋及性傳染病防治教育，並加強駐外人員對愛滋及性傳染病防治工作重要性的認識。 三、駐外相關館處辦理「外籍配偶入國前輔導講習」時，加入愛滋及性傳染病防治與感染者權益保障等課程，並提供諮詢服務。 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。 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及性傳染病防治經驗交流。 六、宣導「愛滋及性傳染病篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防

部會/單位	配合事項
	性投藥（PrEP）」等愛滋及性傳染病防治衛教資訊。
國防部	
國防部 所屬部門	一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。 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。 三、加強各軍種現役軍人、義務役新兵、軍事學校學生、軍醫人員等之愛滋及性傳染病防治宣導。 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，強化其認識愛滋及性傳染病預防方法及保護自己之知能。 五、宣導「愛滋及性傳染病篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）」等愛滋及性傳染病防治衛教資訊。 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。
教育部	
教育部 所屬部門	一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。 二、各校應建立諮詢窗口以提供愛滋及性傳染病篩檢資訊，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。 三、各級學校應實施愛滋及性傳染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。

部會/單位	配合事項
	四、鼓勵大專院校開設藥物濫用及愛滋及性傳染病防治通識課程，以推動校園反毒、愛滋及性傳染病防治教育，並培訓種子師資於校內落實防治教育工作。 五、鼓勵高中職以上學校（尤其大專院校），結合性別平等教育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，將性別友善、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、愛滋及性傳染病防治觀念。 六、對於各級學校之師生，加強愛滋及性傳染病防治宣導講座，並於校內辦理愛滋及性傳染病防治相關競賽及活動，以提升學校師生對於愛滋及性傳染病防治之重視及認知。 七、辦理高級中等以下學校教師愛滋及性傳染病防治與性教育研習。 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，伺機實施愛滋及性傳染病防治宣導，並呼籲家長共同參與愛滋及性傳染病防治工作，以增加輔導成效。 九、宣導「愛滋及性傳染病篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）」等愛滋及性傳染病防治衛教資訊。 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。

部會/單位	配合事項
法務部	
法務部 所屬部門	一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。 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及性傳染病防治正確認知，並針對愛滋感染者個人資料保密、愛滋相關之法治權益及危險性性為之範圍標準修訂等宣導。 三、編列收容人篩檢愛滋及性傳染病檢驗費用，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、愛滋防治及性傳染病教育宣導、方案推動及篩檢。 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，適時加入愛滋及性傳染病防治正確認知與愛滋感染者法治權益之宣導。 五、宣導「愛滋及性傳染病篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）」等愛滋及性傳染病防治衛教資訊。 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。
經濟部	
經濟部 所屬單位	一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。 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及性傳染病防治及感染者就業權益維護等加強宣導。 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及性傳染病防治

部會/單位	配合事項
	及感染者權益保障相關宣導，並就愛滋感染者就業權益維護等加強宣導。 四、配合加工出口區保健所辦理活動及愛滋及性傳染病防治與感染者就業權益維護等宣導。 五、宣導「愛滋及性傳染病篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）」等愛滋及性傳染病防治衛教資訊。 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、旅館業者或工業區配合設置自我篩檢試劑自動服務機之可行性。
交通部	
交通部 所屬單位	一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。 二、強化領隊及導遊人員對於愛滋及性傳染病防治觀念，進而協助愛滋及性傳染病防治宣導工作。 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及性傳染病防治之宣導。 四、宣導「愛滋及性傳染病篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）」等愛滋及性傳染病防治衛教資訊。
勞動部	
勞動部 所屬部門	一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。 二、就業服務人員與維持治療執行機構或愛滋指定醫院合作，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。 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及性傳染病防治之課程，俾其於職場協助雇主強化愛滋

部會/單位	配合事項
	及性傳染病預防之宣導及提供勞工權益維護諮詢之管道。 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臺前於母國篩檢愛滋之宣導。 五、宣導「愛滋及性傳染病篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）」等愛滋及性傳染病防治衛教資訊。 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。
農業部	
農業部 所屬部門	一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。 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。 三、於辦理農、漁會及家政班研習課程，納入愛滋及性傳染病防治宣導內容。 四、宣導「愛滋及性傳染病篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）」等愛滋及性傳染病防治衛教資訊。
衛生福利部	
衛生福利部 所屬部門	一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。 二、督導兒少安置教養、老人福利及身心障礙福利機構、護理之家、長照機構等工作人員，加強辦理愛滋及性傳染病防治及感染者權益保障研習課程或教育宣導活動，強化其對愛滋及性傳染病防治及防護措施之正確認知，了解 U=U 等相關科學實證，以營造友善環境。

部會/單位	配合事項
	三、督導兒少安置教養、老人福利及身心障礙福利機構、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。 四、協助感染者連結所需之長期照顧或處遇等服務，轉介失能感染者至符合其需求之長照服務體系。 五、推動孕產婦及兒童、青少年性健康促進，強化安全性行為認知等相關業務。 六、協助導入新式愛滋及性傳染病防治所需之醫療器材及藥品，穩健愛滋及性傳染病防治所需之必要藥品及醫療器材供應。 七、提供合併使用成癮藥物之愛滋及性傳染病個案，轉介藥癮戒治與身心/精神科諮詢服務。 八、宣導「愛滋及性傳染病篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）」等愛滋及性傳染病防治衛教資訊。
行政院其他單位	
大陸委員會	一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。 二、加強臺商及中國大陸配偶之愛滋及性傳染病防治宣導。 三、於所屬單位辦理相關訓練課程、演講或活動時，納入愛滋及性傳染病防治宣導等內容。 四、宣導「愛滋及性傳染病篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）」等愛滋及性傳染病防治衛教資訊。

部會/單位	配合事項
原住民族委員會	一、檢視權管法令與規定，是否存有污名之虞，並加以修正。 二、於所屬單位辦理相關訓練課程、演講或活動時，納入愛滋及性傳染病防治宣導等內容。 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及性傳染病防治宣導工作，以提供族人相關協助與關懷。 四、宣導「愛滋及性傳染病篩檢」及「暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）」等愛滋及性傳染病防治衛教資訊。 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偏鄉配合設置自我篩檢試劑自動服務機之可行性。
其他	
各縣市政府	提出縣市在地化愛滋及性傳染病防治計畫，執行及評估在地化愛滋及性傳染病防治成效，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及性傳染病防治教育宣導、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、衛教與篩檢或愛滋及性傳染病個案診斷、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及性傳染病防治計畫，具獨特性，且目前愛滋尚無治癒的藥物，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，而性傳染病若未能妥善防治，不僅危及個人健康，亦可能透過母子垂直途徑造成新生兒感染甚至死亡等嚴

重後果，若長期未治療，容易引發骨盆腔發炎，造成輸卵管阻塞或不孕，對生殖健康造成不可逆的傷害，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，以確保我國愛滋及性傳染病防治工作能順遂推動。

四、中長程計畫自評檢核表、性別影響評估檢核表及人權影響評估檢核表（如附表一-三）

第五點附表一--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)	V		V		本計畫非新興重大公共建設計畫。
	(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)	V		V		
	(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		V		V	
2、民間參與可行性評估	(1)是否評估民間參與之可行性，並擬評估說明(編審要點第4點)		V		V	
	(2)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」)		V		V	本計畫非新興重大公共建設計畫。
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)	V		V		無替代方案。
	(2)是否研提完整財務計畫	V		V		
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)	V		√		本計畫非新興重大公共建設計畫，故未填寫(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		V		√	
	(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	V		√		
	(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	V		√		
	(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)		V		√	
	(6)屬具自償性者，是否透過基金協助資金調度		V		√	
5、人力運用	(1)能否運用現有人力辦理	V		√		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		V		√	

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	
6、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		V		√	不適用。
	(2)是否檢附相關協商文書資料		V		√	
7、土地取得	(1)能否優先使用公有閒置土地房舍		V		√	
	(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）		V		√	
	(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		V		√	
	(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		V		√	
	(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		V		√	
8、風險管理	是否對計畫內容進行風險管理	V		√		
9、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	V		√		
10、環境影響分析(環境政策評估)	是否須辦理環境影響評估		V		√	不適用。
11、淨零轉型通案評估	(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		V		√	不適用。
	(2)是否規劃採用綠建築或其他節能減碳措施		V		√	不適用。
	(3)是否強化因應氣候變遷之調適能力，並納入淨零排放及永續發展概念，優先選列臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略、臺灣永續發展目標及節能相關指標		V		√	不適用。
	(4)是否屬臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略相關子計畫		V		√	不適用。
	(5)屬臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略之相關子計畫者，是否覈實填報附表三、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表，並檢附相關說明文件		V		√	不適用。
12、涉及空間規劃者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		V		√	不適用。
13、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		V		√	不適用。
14、落實公共工程或房屋建築全生命週期各階段建造標準	是否瞭解計畫目標，審酌其工程定位及功能，對應提出妥適之建造標準，並於公共工程或房屋建築全生命週期各階段，均依所設定之建造標準落實執行		V		√	不適用。
15、公共工程節能減碳及生態檢核	(1)是否依行政院公共工程委員會(下稱工程會)函頒之「公共工程節能減碳檢核注意事項」辦理		V		√	不適用。

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	
	(2)是否依工程會函頒之「公共工程生態檢核注意事項」辦理		V		V	不適用。
16、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		V		√	不適用。
17、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	V		√		
18、營(維)運管理計畫	是否具務實及合理性(或能否落實營運或維運)		V		√	不適用。
19、房屋建築朝近零碳建築方向規劃	是否已依工程會「公共工程節能減碳檢核注意事項」及內政部建築研究所「綠建築評估手冊」之綠建築標章及建築能效等級辦理		V		√	不適用。
20、地層下陷影響評估	屬重大開發建設計畫者，是否依「機關重大開發建設計畫提報經濟部地層下陷防治推動委員會作業須知」辦理		V		√	不適用。
21、資通安全防護規劃	資訊系統是否辦理資通安全防護規劃	V		√		

主辦機關核章：承辦人　　單位主管　　首長

副研究員賴彥君　　組長李佳琪　　羅一鈞

主管部會核章：研考主管　　會計主管　　首長

綜合規劃司司長廖崑富　　會計處處長張育珍　　部長石崇良

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：消除愛滋暨性傳染病防治五年計畫(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」(下稱愛滋條例)訂定，依據傳染病防治法第19條規定，各級政府機關(構)及學校平時應加強辦理有關防疫之教育及宣導；而依據愛滋條例第7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： (一) 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。 (二) 《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。 三、本計畫自研擬、決策、執行等階段均已廣泛考量不同性別、年齡與族群等交織性因素，並關注不利處境者之需求與支持。
評估項目	**評估結果**
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】 請依下列說明填寫評估結果： 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)。 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： **①政策規劃者**（例如：機關研擬與決策人員；外部諮詢人員）。 **②服務提供者**（例如：機關執行人員、委外廠商人力）。 **③受益者**（或使用者）。 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	一、我國愛滋疫情監測分析 (一) 我國自1984年通報第1例愛滋病毒(HIV)感染個案以來，截至2024年底，本國籍確診通報HIV感染者累計45,253例，HIV感染者以男性居多，累計42,962例(95%)，女性HIV感染者累計2,291例(5%)，男女性別比為19：1。其中後天免疫缺乏症候群(AIDS)發病數累計22,173例，男性AIDS發病數累計20,957例(95%)、女性AIDS發病數累計1,216例(5%)。HIV感染者累計有8,966例死亡(以全死因統計)，其中男性8,300例(93%)、女性666例(7%)。 (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年反轉且呈下降趨勢。2025年截至9月新確診通報數計661例，較2024年同期(745例)減少84例，降幅11%。呼應聯合國愛滋病規劃署(UNAIDS)提出

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）。	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」，2024年目標值訂為82%(95-95-95乘積)，我國於2024年達成83.9%(92-96-95)，優於全球平均72.8%(87-89-94)，防治成效良好。 (三) 以2024年新確診通報本國籍HIV感染者(1,001例)進一步分析，男性953例(95%)，女性48例(5%)，男女性別比為20：1。其中男性HIV感染者年齡層以30-39歲最多(363例，38%)、其次為20-29歲(354例，37%)；女性HIV感染者年齡層以50-59歲最多(14例，29%)。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825例(87%)，其次為異性間不安全性行為83例(9%)、注射藥癮者12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45例(94%)，其次為注射藥癮者1例(2%)。 (四) 2024年新確診通報本國籍AIDS發病者計590人，其中男性550例(93%)，年齡以30-39歲207例為多(38%)、其次為40-49歲126例(23%)。女性AIDS發病者40例，年齡以40-49歲為多(35%)。 (五) 截至2024年本國籍存活感染者共計36,087人，其中男性34,475人(96%)、女性1,612人(4%)；服用抗反轉錄病毒藥物共計34,706人，其中男性33,181人(96%)、男性服藥率96%，女性1,525人(4%)、女性服藥率94%。 二、我國性傳染病疫情監測分析 (一) 我國近5年(2020-2024年)梅毒確定病例數分別為8,800、9,413、9,707、9,941及9,737例，以男性為多，分別為7,372、8,029、8,172、8,079及7,669例，女性為1,428、1,384、1,535、1,862及2,068例，男女比約

	為5：1，2024年較2023年病例數下降2.1%，其中男性下降5.1%、女性增幅11.1%。 (二) 以2024年梅毒確定病例為9,737例進一步分析，男性7,669例(79%)，女性2,068例(21%)，男女性別比為4：1。其中男性梅毒個案年齡層以25-34歲最多(2,620例，34%)、其次為35-44歲(1,936例，25%)；女性梅毒個案年齡層以65歲以上最多(809例，39%)，其次為15-24歲(494例，24%)。 (三) 有關年輕族群梅毒疫情，2024年共確診通報1,754例15-24歲個案，相較2023年(1,480例)增加19%，其中女性增幅(51.1%)，高於男性增幅(9.3%)。 (四) 我國近5年(2020-2024年)淋病確定病例數分別為7,082、7,382、8,015、8,257及7,606例，以男性為多，分別為6,397、6,649、7,187、7,366及6,811例，女性為685、733、828、891及795例，男女比約為9：1，2024年較2023年病例數下降8%，其中男性下降8%、女性下降11%。 (五) 以2024年淋病確定病例為7,606例進一步分析，男性6,811例(90%)，女性795例(10%)，男女性別比為9：1。其中男性淋病個案年齡層以25-34歲最多(2,523例，37%)、其次為15-24歲(2,120例，31%)；女性淋病個案年齡層以15-24歲最多(378例，48%)，其次為25-34歲(207例，26%)。 三、社會大眾對於愛滋感染者及性傳染病個案仍存有污名與歧視，將導致易感族群(包括：男男間性行為者、注射藥癮者、性交易服務者及相對人、性病病患等)不願意接受愛滋及性傳染病篩檢、或是確診後不願面對自己的病況與接受治療，進而造成潛在愛滋及性傳染病感染黑數、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。 四、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病毒計畫，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14萬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2023年有1例本國籍母子垂直感染個案，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。另為降低母子垂直感染風險及促進女性健康，自2024年10月1日起，擴大將人工流產女性納入「孕婦全面篩檢愛滋病毒計畫」公費愛滋篩檢服務對象，採鼓勵方式，經本人口頭同意後進行HIV篩檢。 (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。2024年共計提供729,225人次愛滋篩檢服務，其中男性463,943人次(64%)、女性265,282人次(36%)。 (三) 為推動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) 持續辦理愛滋病毒篩檢與暴露愛滋病毒前預防性投藥計畫(PrEP)，提供愛滋感染者之配偶或伴侶及35歲(含)以下年輕族群PrEP整合型服務，另為提高女性加入意願，女性加入計畫可獲得全額補助。2025年共121家公費執行機構辦理適用性評估、諮商、衛教、相關檢驗、預防性用藥醫療諮詢及轉介等整合性照護服務，截至2025年9月加入公費PrEP服務共11,033人，其中男性10,747人(97%)、女性286人(3%)。 (五) 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整合式服務計畫」，與醫事機構專業人員合作，提供愛滋感染者及風險族群愛滋及性傳染病衛教與諮詢服務、醫療照護、轉介預防與支持資源等服務。2025年7月全國共計90家愛滋指定醫院、125家指定藥局及2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。 (六) 持續與專業醫學會，包括：泌尿科、家庭醫學科、婦產科及感染症等醫學會合作辦理「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風險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，共計1,879名加入成為性健康友善醫師，共同建構性別友善的性健康照護體系。 五、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8屆聘任委員共計29人，女性委員計11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，其中女性專家3人，參與對象未設定特定性別，均共同參與討論。 (三) 有關愛滋及性傳染病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/np-5076-113.html) 3. 行政院「重要性別統計資料庫」 (https://www.gender.ey.gov.tw/gecdb/Stat_Statistics_Field.aspx)。
評估項目	**評估結果**
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】 性別議題舉例如次： **a. 參與人員** 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。 **b. 受益情形** 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	一、本計畫係以愛滋及性傳染病防治為主軸，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，將整合相關介入防治措施，除延續既有愛滋防治之預防、篩檢、個案管理與照護外，亦將梅毒(含先天性梅毒)、淋病及 M 痘等主要法定性傳染病納入防治範疇，集中投入監測、預防、篩檢、診斷及治療照護資源，以達成最大防治效益。本計畫自研擬、決策、執行等階段均已廣泛考量不同性別、年齡與族群等交織性因素，並關注不利處境者之需求與支持。 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

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）。

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）。

c. 公共空間

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。

①使用性：兼顧不同生理差異所產生的不同需求。

②安全性：消除空間死角、相關安全設施。

③友善性：兼顧性別、性傾向或性別認同者之特殊使用需求。

d. 展覽、演出或傳播內容

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。

e. 研究類計畫

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。

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。

三、本計畫透過發展不同群體適切性之愛滋及性傳染病防治衛教宣導策略，提升民眾對愛滋及性傳染病的正確認知及健康自主意識，營造性別友善環境及去歧視，最終達成愛滋及性傳染病防治目標：

(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及性傳染病防治教育訓練，提升不同群體正確防治知能。

(二) 委託專業團體，由愛滋及性傳染病防治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，建立青少年愛滋及性傳染病防治正確認知及自我保護能力。

(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，發布愛滋及性傳染病防治訊息，並製作相關宣導單張、摺頁等衛教素材於網路上提供大眾使用，以圖片、影片或簡易文字進行愛滋及性傳染病防治宣導，強化社會大眾愛滋及性傳染病防治知能，降低對愛滋及性傳染病的污名與歧視。

(四) 本計畫將透過政府各部會、醫療機構、私人企業全面推動去歧視與性別友善宣導，促使更多人瞭解有關愛滋及性傳染病預防、篩檢及治療等衛教資訊，降低對愛滋及性傳染病

	的恐懼及污名，提升對於愛滋感染者及性病患者的同理、接納與關懷，逐步建立社會大眾正確認知愛滋及性傳染病防治的公民力量，最終達成 UNAIDS 提出2030年「零感染、零死亡、零歧視」目標。 四、本計畫無涉及公共建設之空間規劃及工程設計。 五、本計畫非屬研究類性質，不以「人」為研究對象。
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。	
評估項目	**評估結果**
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**】 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益： **a. 參與人員** 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。 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。 ③營造性別友善職場，縮小職場性別隔離。 **b. 受益情形** ① 回應不同性別需求，縮小不同性別滿意度落差。 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）。 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）。 **c. 公共空間** 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。 **d. 展覽、演出或傳播內容** 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。	□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： ■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。 本計畫無訂定性別目標，各性別之參與情形皆平等。

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）。 **e. 研究類計畫** ① 產出具性別觀點之研究報告。 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。 f. 強化與本計畫相關的性別統計與性別分析。 g. 其他有助促進性別平等之效益。	
評估項目	**評估結果**
2-2【請根據2-1本計畫所訂定之性別目標，訂定執行策略】 請參考下列原則，設計有效的執行策略及其配套措施： **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	□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： ■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，並推動愛滋及性傳染病防治與性別友善宣導，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及性傳染病防治宣導，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、性交易服務者或藥癮者、矯正機關收容人、多元性別族群、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)進行愛滋及性傳染病防治宣導，向社會大眾傳達有關愛滋及性傳染病傳染途徑、預防、篩檢及治療等知識，逐步建立社會大眾正確認知愛滋及性傳染病防治的公民力量。 (二) 針對年輕族群、女性及各類關鍵族群(包括：男男間性行為者、藥癮者、性交易服務者及

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。 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。	相對人、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及性傳染病預防、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。

g.具性別觀點之研究類計畫 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。 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。	
評估項目	**評估結果**
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】 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。	□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： ■未編列或調整經費配置者，請說明原因及改善方法： 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、女性及各類關鍵族群(包括：男男間性行為者、藥癮者、性交易服務者及相對人、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及性傳染病預防、篩檢及就醫治療之資源，以降低愛滋及性傳染病新通報感染人數。

【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」。

參、評估結果

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。

3-1綜合說明	計畫之政策規劃、計畫目標、以及計畫實施策略等，皆以一般民眾及特殊族群，例如年輕族群、女性及各類關鍵族群為考量，同時，營造性別友善環境，讓不同性別者均可獲得愛滋及性傳染病預防、篩檢及就醫治療之資源，不會因為特定性別、性傾向或性別認同之差異而有所區別，計畫之性別議題及經費配置均合宜。	
3-2參採情形	3-2-1說明採納意見後之計畫調整（請標註頁數）	委員對於計畫書無修正意見，無須調整計畫書內容。
	3-2-2說明未參採之理由或替代規劃	無

3-3通知程序參與之專家學者本計畫之評估結果：

已於114年11月5日將本計畫「評估結果」通知程序參與之專家學者審閱。

·填表人姓名：曾毓珊　職稱：技正　電話：02-23959825轉3043 填表日期：114年10月28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：屬中長程個案計畫性別影響評估作業說明第三點者，請填列符合第(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

程序參與之性別平等專家學者請優先邀請前三款以下人員擔任，並請勾選：

■1.現任「行政院性別影響評估人才參考名單」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。名單請參閱行政院性別平等會網頁（網址：https://gec.ey.gov.tw/；路徑為：首頁＞性別主流化＞性別影響評估）。

□2.現任或曾任行政院性別平等會民間委員。

□3.現任或曾任各部會性別平等專案小組民間委員。

□4.其他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。

（一）基本資料

1.程序參與期程或時間	114 年 11 月 05 日　至 114 年 11 月 05 日
2.參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	王秀紅、考試院考試委員/高雄醫學大學名譽教授、 專長：婦女健康、高齡長期照顧、健康促進、性別議題、 健康政策
3.參與方式	□計畫研商會議　□性別平等專案小組　■書面意見

（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）

4.性別平等相關法規政策相關性評估之合宜性	本計畫「消除愛滋暨性傳染病防治五年計畫(草案)」主要為呼應聯合國 SDGs 目標，目的在於降低我國愛滋發生數及發生率，針對現行愛滋防治政策、淋病、梅毒及先天性梅毒防治政策、M 痘防治政策等，提出各種規劃項目，並強化研究發展與國際合作，整合相關介入防治措施，消除並降低傳染病傳播，計畫目標為保障全民之健康。 計畫之政策規劃、計畫目標、以及計畫實施策略等，皆以一般民眾及特殊族群，例如年輕族群、女性及各類關鍵族群(包括：男男間性行為者、藥癮者、性交易服務者及相對人、性病病人等)為考量，同時，營造性別友善環境，讓不同性別者均可獲得愛滋及性傳染病預防、篩檢及就醫治療之資源。

5. 性別統計及性別分析之合宜性	一、計畫提供本國 HIV 感染人數、淋病感染人數、梅毒感染人數、AIDA 發病者、存活感染者、例、年輕族群梅毒疫情，並提供性別與年齡層等相關統計分析。 二、計畫提供防疫資源運用情形，包括辦理孕婦全面篩檢愛滋病毒計畫、擴大愛滋篩檢服務量能及涵蓋率、設立同志健康社區服務中心、辦理愛滋病毒篩檢與暴露愛滋病毒前預防性投藥計畫(PrEP)、辦理愛滋病指定醫事機構整合式服務計畫、與相關醫學會合作辦理性健康友善門診專業服務品質計畫等。 三、計畫研擬與政策規劃方面 1. 設置「衛生福利部愛滋病防治及感染者權益保障會」，委員共計29人，女性委員11人、男性委員18人，符合任一性別比例不少於1/3之原則。 2. 計畫研擬階段邀集相關領域專家學者6人共同研商討論，其中女性專家3人、男性專家3人，不同性別比例均達1/3之原則。
6. 本計畫性別議題之合宜性	本計畫性別議題合宜。符合「消除對婦女一切形式歧視公約」，也符合「性別平等政策綱領」，提供性別平等的醫療健康與防疫政策。 計畫之政策規劃，皆以一般民眾及特殊族群，例如年輕族群、女性及各類關鍵族群(包括：男男間性行為者、藥癮者、性交易服務者及相對人、性病病人等)為考量，同時，營造性別友善環境，讓不同性別者均可獲得愛滋及性傳染病預防、篩檢及就醫治療之資源。
7. 性別目標之合宜性	合宜。
8. 執行策略之合宜性	本計畫之各項執行策略，係多元涵蓋一般民眾、特殊族群、及高危險族群，以維護全民健康與防疫為考量，並推動愛滋及性傳染病防治與性別友善教育宣導，提供多元性別友善的環境與服務。執行策略合宜。
9. 經費編列或配置之合宜性	經費之編列及配置合宜。

10. 綜合性檢視意見	本計畫「消除愛滋暨性傳染病防治五年計畫(草案)」主要為呼應聯合國 SDGs 目標，目的在於降低我國愛滋發生數及發生率，針對現行愛滋防治政策、淋病、梅毒及先天性梅毒防治政策、M 痘防治政策等，提出各種規劃項目，並強化研究發展與國際合作，整合相關介入防治措施，消除並降低傳染病傳播，保障全民之健康。實施過程、實施策略及實施結果，不會因為特定性別、性傾向或性別認同之差異而有所區別。 計畫之政策規劃、計畫目標、以及計畫實施策略等，皆以一般民眾及特殊族群，例如年輕族群、女性及各類關鍵族群(包括：男男間性行為者、藥癮者、性交易服務者及相對人、性病病人等)為考量，同時，營造性別友善環境，讓不同性別者均可獲得愛滋及性傳染病預防、篩檢及就醫治療之資源。建議：(1)針對計畫各階段之政策規劃與執行以及相關研究，宜持續考量不同性別參與的衡平性，並持續進行性別、年齡、族群等交叉分析。(2)針對國際參與及鼓勵科學研究，未來辦理國際研討會、或技術研討工作坊、雙邊交流平台等，宜考量不同性別參與的機會。
（三）參與時機及方式之合宜性	合宜。
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。 （簽章，簽名或打字皆可）___王秀紅___	

第五點附表三

中長程個案計畫人權影響評估檢視表

填表日期： 2025 年 11 月 30 日

・填表人姓名：曾毓珊 服務單位及職稱：衛生福利部疾病管制署/技正

・電話：02-2395-9825 e-mail：mnt1234@cdc.gov.tw

・計畫已於研擬初期，□提報各部會人權工作小組或相關人權任務編組討論（會議日期：____年____月____日）；或□徵詢人權諮詢員意見（□召開意見徵詢會議，日期：____年____月____日；■書面徵詢；□其他：　　）

・人權諮詢員姓名：黃嵩立 服務單位及職稱：陽明交通大學公共衛生碩士學位學程/教授 身分：符合本表填表說明第三點第（二）款（如徵詢2位以上者，請自行增列；如係提報各部會人權工作小組者，免填）

填表說明

一、行政院所屬各機關之中長程個案計畫，應依「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」規定辦理。

二、行政院所屬各機關之中長程個案計畫，不論新訂或修正，皆應依據本表進行人權影響評估。但經核定之中長程個案計畫所提出之修正內容（修正計畫），若僅限於下列事項者，得免重辦人權影響評估（各機關須檢附前次辦理之影響評估檢視表，並確定該表內容已根據核定計畫完成修正）：

（一） 因物價調整修正計畫經費。

（二） 變更計畫期程。

（三） 調整計畫執行之細節性或技術性事項：施作技術、工法或工項調整、招商模式改變、配合法令修改調整計畫分工權責機關、修正經費來源或調整自償率，及前開事項衍生之經費調整。

（四） 因預算不足，刪減工作項目，且該工作項目業經前次人權影響評估檢視（1）無不利影響；（2）可能產生不利影響，已規劃採取因應措施及救濟機制；或（3）可能產生不利影響，未規劃採取因應措施，將於執行中對相關權利項目保障情形持續追蹤。

（五） 計畫之部分內容調整由其他計畫規劃辦理。

三、各機關於計畫研擬初期，即應提報各部會人權工作小組或相關人權任務編組討論，或以召開會議、書面等方式徵詢人權諮詢員（至少1人）之意見，以初步釐清可能直接或間接影響之處境不利群體及「壹、人權影響評估」可能涉及之權利項目，以利後續徵詢及協商程序與評估作業之進行；並得視對外徵詢、協商之情形及影響評估之需要，再行徵詢各部會人權工作小組、相關人權任務編組或人權諮詢員之意見。人權諮詢員應符合下列資格之一：

（一） 現任或曾任行政院各相關人權任務編組民間委員。

（二） 現任或曾任各部會人權工作小組或相關人權任務編組民間委員。

四、彙總型計畫應由各主、協辦機關針對主管之工作項目進行人權影響評估作業，並由主辦機關彙整後提報。

計畫名稱：消除愛滋暨性傳染病防治五年計畫（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） （請填列案機關／單位）	慢性傳染病組

壹、人權影響評估

1-1 請依提報各部會人權工作小組或相關人權任務編組討論，或徵詢人權諮詢員之意見，以及踐行徵詢及協商程序所獲利害關係人之意見，參考「國際人權公約保障權利項目索引表」，勾選計畫所涉及之權利項目（可複選），並進行影響評估；**上開意見均認定本計畫與下列權利項目無直接或間接關聯者，主辦機關（單位）得於中長程個案計畫函報行政院審查前，檢附草案及相關意見函請行政院人權及轉型正義處同意後，勾選「未涉及上述權利項目」：**

□1.民族自決權 ■2.不受歧視與平等權 □3.獲得有效救濟之權利 □4.生命權
□5.免於酷刑或其他殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰權
□6.免於奴役和強迫勞動的權利 □7.人身自由與人身安全權
□8.自由被剝奪之人的人道處遇 □9.禁止因無力履行契約上義務即予監禁
□10.遷徙自由權 □11.外國人、大陸地區人民、香港澳門居民及無國籍人之驅逐
□12.公平審判權 □13.禁止溯及既往之刑事處罰 □14.法律人格獲承認
■15.隱私和名譽權 □16.思想、信念及宗教自由權 □17.意見自由與言論自由權
□18.免受剝削、暴力和虐待 □19.集會和結社自由權 □20.尊重家庭的權利
□21.父母和子女的權利 □22.姓名權和獲得國籍權 □23.參與政事和投票的權利
□24.工作權 □25.社會保障權
□26.享有適足生活水準的權利（含適足食物權、適足居住權）
■27.享有可達到之最高身心健康標準權 □28.受教育權 □29.享受和受益於文化的權利
□30.財產權
□其他： _____
□ _____ **（編號）等權利項目涉及性別議題部分，已依備註第3點將人權影響評估內容填寫於「中長程個案計畫性別影響評估檢視表」。**
□未涉及上述權利項目，業經行政院人權及轉型正義處同意（函復日期及文號：____年____月____日_____字第_____**號）**

備註：

1. **以上經勾選計畫涉及之權利項目，除已填寫於「中長程個案計畫性別影響評估檢視表」部分外，均應依評估項目1-5至1-8逐一填列檢視結果；又計畫涉及之權利項目達2個以上時：**

(1) 原則應就各權利項目分別呈現評估結果，並請就下列表格自行增列，即先就某一權利項目填列1-5至1-8後，再增列並接續填列下一權利項目之1-5至1-8，且權利項目之檢視順序無須依上開權利項目編號順序為之；最後再於「貳、人權影響評估結果」綜合說

明。 **(2) 計畫內容同時涉及兩個以上權利項目，且對該等權利項目之內涵高度重疊時，得於權利項目欄位同時填寫所涉權利項目之名稱，於1-5至1-8併同呈現所列權利項目之人權影響評估結果。例如：針對水權之相關規劃，得於右邊欄位填寫「享有可達到之最高身心健康標準權、享有適足生活水準的權利（含適足食物權、適足居住權）」；針對禁止強迫勞動之相關規劃，得於右邊欄位填寫「免於奴役和強迫勞動的權利、工作權」。** **2. 就未經納入「國際人權公約保障權利項目索引表」之權利項目，例如未直接明定於已國內法化國際人權公約條文但經聯合國條約機構等國際組織作成一般性意見所肯認之集體權、環境權、發展權等，計畫主辦機關認有必要進行評估時，得勾選「其他」並敘明之。** **3. 特定權利項目之評估內容，涉及「性別」或「與性別交織之不利處境者（例如：原住民族、新住民、高齡、身心障礙、農村及偏遠地區等女性、女童，以及同性戀、雙性戀、跨性別者與雙性人等）」之部分，請填列於本要點附表二。** **4. 經行政院人權及轉型正義處同意而勾選「未涉及上述權利項目」者，免填評估項目1-2至1-8。**	
1-2**【請釐清可能直接或間接受影響對象】** 說明計畫內容可能直接或間接受影響之團體、群體或個人且應優先考量是否涉及原住民族、不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者、老人、身心障礙者、兒少、新住民、勞工、移工及其家庭成員、偏鄉及離島居民、難民、尋求庇護者、非我國籍或於我國無戶籍人民（含外國籍及無國籍人士）等處境不利群體。	本計畫以愛滋及性傳染病防治為主軸，以期達成 2030 年消除愛滋之目標，整合相關介入防治措施，除延續既有愛滋防治之預防、篩檢、個案管理與照護外，亦將梅毒（含先天性梅毒）、淋病及 M 瘡等主要法定性傳染病納入防治範疇，集中投入監測、預防、篩檢、診斷及治療照護資源，以達成最大防治效益，計畫政策規劃、服務提供及受益對象未限於特定性別、性傾向或性別認同者。計畫推動過程均採用中性化語言，避免強化刻板印象，聚焦於「行為風險」而非「身分標籤」，強調任何人若有特定接觸行為皆可能面臨感染風險。惟本計畫書草案就我國愛滋及性傳染病防治提出因應策略，爰推行本計畫，可能會影響的對象，包括：有風險行為之關鍵族群、性交易服務者、藥癮者、多元性別族群及感染者等，以及相關醫事人員。
1-3**【請說明本計畫研擬過程之徵詢及協商程序】** 1. 請說明**徵詢及協商程序之人事時地及方式**，如公共建設所在地居民公聽會、施工前說明會等**；如有相關爭議，請說明相關團體、群體或個人主要意見、參採與否及其理由**。 2. 如有身心障礙者、兒少、原住民族	一、 為促進跨部會合作有效規劃及推動愛滋防治政策，依據「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」第5條規定，設置「衛生福利部愛滋病防治及感染者權益保障會」，由學者專家、感染者權益促進團體及民間機構代表等組成，而感染者權益促進團體及民間機構代表則由各立案之民間機構、團體互推後產生。上開所指保障會委員亦包括愛滋感染者代表，另設置要點規

等處境不利群體之個人、代表團體及相關團體參與之相關統計分析資料，請一併說明。	定，保障會會議召開時，得視需要邀請相關機關或民間團體代表列席會議。 二、 本計畫研擬階段邀集愛滋及性傳染病相關領域專家學者或社群代表等(含感染者、相關民間團體及醫事人員等)共同研商討論，並函詢各部會提供相關建議。
1-4 **【請說明資料蒐集情形】** 機關於計畫研擬過程中，應先盤點現有資料，並勾選資料類型：倘發現基礎資料不足，而曾以會議以外之其他方式，如焦點團體訪談等研究方法，另行蒐集資料，請填寫「是」，並依實際情形勾選蒐集資料之方式；如無，則請勾選「否」。至現有資料及另行蒐集資料之內容，請視涉及之權利項目，另於「1-5」欄說明。	盤點現有資料： ■政府統計資料（行政登記、公務統計、調查統計） ■研究報告、考察報告等 ■國內外文獻 □其他，請說明： 盤點現有資料後，是否另行蒐集資料： □是，請勾選（得複選） □訪談（含利害關係人及專家） □焦點團體訪談 □田野調查（現場觀察、調查、蒐集、採訪與紀錄） □問卷 □普查 □其他，請說明： ■否，未另行蒐集資料
權利項目 1	享有可達到之最高身心健康標準權、不受歧視與平等權、隱私和名譽權
評估項目	評估結果
1-5【請盤點本計畫可能直接或間接受影響對象之調查及統計資料】（可複選） 請就「1-1」欄勾選所涉權利項目及依「1-2」欄所列可能影響對象，參考「國際人權公約保障權利項目索引表」所列「對本權利項目可能造成影響之事項」及「相關國際人權規範」，盤點行政院及各機關之調查、統計資料，於本欄敘明相關現況；如有相關分組分析資料，請併予呈現。	■1. 行政院及各機關之調查、統計資料（含各機關業務統計、歷次國家報告、國家人權行動計畫、結論性意見行動回應表、人權指標等相關統計）： 本計畫核心目標為降低我國愛滋及性傳染病個案發生數及發生率，最終達成聯合國愛滋病規劃署(UNAIDS)提出2030年「零感染、零死亡、零歧視」目標，實現人民最高身心健康標準權。 一、截至2025年10月底，愛滋累計確診通報4萬5,994例本國籍感染者，按年齡層分布，15-34歲之年輕族群比例最高(占近7成)。另外國籍個案占比由2016年1.7%增加至2024年的10.8%，2025年1-6月更上升至15.6%，外國籍個案占比明顯增加，亦將持續進行監測。另，依數理模型

	進行推估，我國2024年尚有8%（2,861位）愛滋感染者未經診斷，其中男性2,717人、女性144人。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，因此亟需進一步提升愛滋篩檢覆蓋率與可近性，鼓勵風險族群定期檢驗，及早找出潛在感染者，可有效降低愛滋病毒傳播之機會。 二、我國近5年(2020-2024年)梅毒確定病例數分別為8,800、9,413、9,707、9,941及9,737例；而淋病部分，近5年(2020-2024年)淋病確定病例數分別為7,082、7,382、8,015、8,257及7,606例。 三、另我國於2022年6月23日公告 M 痘為第二類法定傳染病，2022年6月出現首例境外移入 M 痘確診個案，2023年2月出現首例本土 M 痘確診個案，疫情在2023年5月至6月間達高峰，之後逐漸趨緩，截至2025年11月累計確診505病例(470例本土及35境外移入)。 四、依據2023年民意調查結果，約有3成受訪者表示不願與感染者一同工作、上課、用餐或交談，顯示仍需持續努力破除社會大眾之偏見。另依據2024年台灣愛滋病學會及台灣愛滋病護理學會針對醫事人員進行之認知度調查結果，顯示逾85%的受訪醫事人員對「U=U」概念尚不熟悉，且部分人員於實務工作中對服務感染者仍存有顧慮，反映醫療場域中仍存在隱性歧視現象。 五、為提高愛滋感染者就醫可近性，持續新增公告愛滋指定醫事機構，辦理愛滋病指定醫事機構整合式服務計畫，透過調整醫院服務模式，以切合感染者醫療需求，提升照護服務品質，截至2025年10月，全國共計219家指定醫事機構(包含88家愛滋指定醫院、129家指定藥局及2家指定診所)。 □2. 既有調查、統計資料尚不足，將強化或新增相關調查或統計，請說明：
1-6 【請說明本計畫預計產生之正面效	1. 請說明本計畫預計產生之本項權利項目正面效益

益如何落實相關國際人權規範】(自評本項權利項目未有正面效益者，無須填寫本項) 請參考「國際人權公約保障權利項目索引表」所列「相關國際人權規範」，就「1-2」欄所列可能影響對象享有本權利項目之情形將產生何種正面效益，即如何有助於履行國家義務之尊重、保護及實現等面向，予以敘明： (1) 尊重義務：針對政府行使公權力之行為或直接以法律限制或剝奪特定資格，可能影響本權利項目者，予以限制或禁止。 (2) 保護義務：針對政府以外之個人或團體等第三人，強化其作為或不作為等義務，以保護當事人權利不受第三人之侵害。 (3) 實現義務：為確保本權利項目之實現，由政府直接或鼓勵民間提供資源或服務、建立新制度或採取必要步驟。	及相關國際人權規範關聯性： 一、本計畫呼應世界衛生組織（WHO）2030年消除愛滋全球計畫目標，訂定至2030逐步達成降低愛滋新通報感染人數至780人、2031年750人及整體績效指標「已感染者達病毒量測不到的比率」2031年精進至86.8%。 二、本計畫以人權為核心，保障所有個體均能平等受惠於可取得性、可負擔且具品質的性健康服務，不因其性別、性傾向、性別認同、年齡、國籍、族群等而無法取得愛滋及性傳染病篩檢或醫療服務，透過強化愛滋及性傳染病之預防、篩檢、治療與個案管理服務，以友善醫療環境、人權導向的服務流程及反汙名宣導，有效提升風險族群與弱勢族群取得篩檢、暴露前預防性投藥 (PrEP)、治療、伴侶服務及支持性照護資源等權利。由於愛滋及性傳染病感染者仍常面臨社會汙名、就醫歧視或結構性不利因素，計畫推動過程均採用中性化語言，避免強化刻板印象，均聚焦於「行為風險」而非「身分標籤」，強調任何人若有特定接觸行為皆可能面臨感染風險。在制度設計與服務提供上全面融入「不歧視」與「平等受惠」原則，透過友善醫療、去歧視宣導、保密機制、匿名篩檢、社區據點與民間團體合作等措施，持續強化醫療與社福端之連結，建構對弱勢或風險族群的保護，並積極投入必要資源，建立可負擔且可近的防治體系，有助於降低因歧視而延遲篩檢、錯失治療的健康風險，確保不同群體均能在友善環境中獲得預防與醫療照護。在國際規範層面，計畫內容與多項人權公約精神一致，包括： (一)《公民與政治權利國際公約》(ICCPR)第 2 條與第 26 條：明確禁止基於任何身分(包含健康狀態)之歧視。本計畫透過提升醫療友善度、避免不當揭露感染等措施，實踐不歧視保障。 (二)《消除對婦女一切形式歧視公約》(CEDAW)要求保障女性及孕產婦取得無歧視的醫療服務。本

	計畫中母子垂直感染預防 (PMTCT/EMTCT) 措施符合 CEDAW 所要求的性別健康平等。 (三)《兒童權利公約》(CRC) 強調兒少有權獲得適切的健康照護與保護。本計畫對未成年感染者及先天性梅毒防治的特殊關懷，與其精神相符。 (四)聯合國愛滋病規劃署(UNAIDS)「零歧視」(Zero Discrimination)目標與 2030 年終結愛滋願景。 三、 本計畫呼應國際人權標準，強化國家在保障健康權與人權上的承諾，如《經濟社會文化權利國際公約》(ICESCR) 第12條 (健康權) 及其第14號一般性意見強調健康服務須具「可近性、可負擔性、可接受性與品質」(AAAQ)。本計畫推動匿名篩檢、暴露愛滋病毒前預防性投藥(HIV PrEP)可近性、整合式照護、社區合作，正是確保健康權的具體落實。 (一) 部分愛滋感染者因為年齡、性別、身心狀況等因素，相較一般個案，更需公衛人員投注心力追蹤與輔導，包括未成年個案、懷孕女性個案、在監個案、使用成癮性藥物、外國籍個案、合併性病感染個案及合併罹患結核病個案等，須實施一系列個人化及整合式的個案管理措施，以確保這些特殊應關懷個案能及時獲得適切的醫療照護與支持服務，協助提升其醫療可近性與治療順從性，達成「治療即預防」的防疫核心目標。 (二) 以科學證據為基礎，推動分眾化、地區化及行為風險導向的策略，包括：提升匿名與社區篩檢可近性、推廣自我篩檢工具、擴大暴露愛滋病毒前預防性投藥(HIV PrEP)使用率、強化梅毒與淋病等性病管理，以及促進性健康教育，透過建置資料監測系統以早期偵測、早期治療，可有效降低個人疾病負擔，並阻斷群體層面的傳播鏈，以確保每位民眾都能充分享有健康權。

	四、本計畫書草案「肆、執行策略及方法」下「三、執行步驟方法及分工」提及愛滋防治亟需強化公衛及醫療體系之連結，將於公衛單位及醫療院所間建立即時且雙向的資訊流通，建置整合式電子健康紀錄及追蹤平台，透過匿名化與隱私保護機制，兼顧個資安全及隱私，鼓勵醫事檢驗所設計符合民眾需求之愛滋及其他性傳染病之整合式檢驗方案，創建具隱私且友善之檢驗環境等。以上策略有助於落實「隱私和名譽權」之保護，亦符合《公民與政治權利國際公約》(ICCPR) 第17條等規定意旨。 2. 依績效指標、衡量標準、目標值及執行策略等（**請標明計畫本文頁數）說明：** 本計畫持續接軌國際人權趨勢，透過強化感染者隱私保障、醫療照護與社會權益等面向，訂定 2031 年目標至當年度 10,000 人使用暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）、通報梅毒、淋病及 M 痘個案完成 HIV 篩檢比率 2031 年達 92%、愛滋已感染者達病毒量測不到的比率 2031 年達 86.8%，以及持續降低愛滋及性傳染病疫情，並達 2031 年愛滋新通報感染人數為 750 人、淋病及梅毒新通報感染為 70 人/10 萬人口 (計畫書草案第 23 頁至第 24 頁)。 另由於本計畫之績效指標係針對整體防治策略訂定，擬不針對不同群體訂定不同之指標，但仍將持續針對各類重點對象積極推動愛滋及性傳染病防治策略，以提高執行成效，達到本計畫執行績效指標及目標。
1-7【說明可能直接或間接產生之不利影響】 請參考「國際人權公約保障權利項目索引表」所列「相關國際人權規範」，就「1-2」欄所列可能影響對象享有本權利項目之情形將產生之不利影響，如計畫施行後，將導致國家可能直接或間接侵害權利項目、可能難以防免權利項目受第三人之侵害、或可能有礙權利項目落實，並敘明該等不利影響之內容、	□ 暫未發現對權利項目可能產生之不利影響 （勾選本項者，免填「1-8 因應措施之規劃」） ■ 可能對權利項目產生不利影響（勾選本項者，請續填「1-8 因應措施之規劃」） ，說明： 推動本計畫過程，仍可能侵害特定群體之隱私或對其造成歧視，包括：篩檢或 HIV PrEP 服務，保障愛滋及其他性傳染病個案隱私，及避免其身分暴露；衛生教育過程中，避免因過度強調「危險因子」、「風險族群」等，而使某些人或族群被歧視。

嚴重程度、時空範圍、發生機率、不可回復性等。	
1-8【**因應措施及救濟機制之規劃**】 對於可能直接或間接產生之不利影響，經衡酌比例原則，研議是否採取預防、減輕、補償等措施，且應考量除現行行政及司法救濟外，是否有創設特殊救濟機制之必要性。	■ 雖有不利影響，惟已提供下列因應措施及救濟機制（**請標明計畫本文頁數**） 1. 因應措施之規劃 ■有（**得複選**） ■預防措施（指得避免權利侵害情形發生之作法，例如興建高速公路迴避密集住宅區及油電水等關鍵基礎設施，避免侵害享有可達到之最高身心健康標準權和享有適足生活水準的權利）： 1. 法規明定保障隱私：愛滋感染者的隱私受「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」保障，其中第4條第1項規定：感染者之人格與合法權益應受尊重及保障，不得予以歧視，拒絕其就學、就醫、就業、安養、居住或予其他不公平之待遇、第4條第3項規定：非經感染者同意，不得對其錄音、錄影或攝影。第14條規定：主管機關、醫事機構、醫事人員及其他因業務知悉感染者之姓名及病歷等有關資料者，除依法律規定或基於防治需要者外，對於該項資料，不得洩漏。第12條雖規定感染者就醫須主動告知義務，但處於緊急情況或身處隱私未受保障之環境者，不在此限，以保障感染者隱私；而性傳染病部分，「傳染病防治法」第10條規定：政府機關、醫事機構、醫事人員及其他因業務知悉傳染病或疑似傳染病病人之姓名、病歷及病史等有關資料者，不得洩漏。「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」及「傳染病防治法」均訂有相關罰則及救濟機制。 2. 持續推動性健康友善門診服務，致力打造兼具專業醫療與去汙名化的友善就醫環境，與專業醫學會共同推動性傳染病篩檢、診斷、治療、諮詢及衛教服務，並促進醫事人員對多元性別、不同性傾向與性行為樣貌之理解與尊重，

	降低病患就醫時可能面臨的心理壓力與障礙。（計畫書草案第47頁及第106頁） ■減輕措施（指有助於阻止侵害行為繼續發生或緩和權利侵害範圍及程度之作法，例如道路兩側設置隔音牆、吸音板及工程施作方式採用連續長焊鋼軌等，以減少車輛行駛間之噪音與振動影響）：接軌國際導入「選擇性退出篩檢(opt-out)」，意即將 HIV 篩檢納入常規醫療流程，預設所有接受特定醫療服務（如：健康檢查、急診就醫、住院、外科手術、產前檢查等）者，皆將接受 HIV 檢驗，惟保留其明確拒絕之權利，此模式有助於降低篩檢門檻與社會污名，使 HIV 篩檢成為常態性或常規化的篩檢項目，進而提高民眾的接受度與可近性（計畫書草案第 77 頁）。然，執行過程中，仍有極少可能對民眾之「隱私和名譽權」造成不利影響，故持續加強相關人員教育訓練，提升對愛滋及性傳染病知能，並充分考量醫病雙方之信任關係與隱私保障機制，確保推行時，符合倫理正當性與社會接受度之前提下逐步規劃，並減少發生不利影響。 □補償措施（指得以回復原狀或填補損害（失）之作法，例如徵收拆遷民宅或是路線穿越建物下方之補償）： □無 2. 救濟機制（**得複選**） ■適用現行行政及司法救濟（指權利受侵害者獲得主張、實現其權利之途徑或作法，包括現行行政及司法救濟機制，如訴願及行政、民事、刑事訴訟程序） □適用其他法規或本計畫所創設之特殊救濟機制，說明：

貳、人權影響評估結果

請說明評估結果，並於計畫本文進行調整或補充於「預期效果及影響」（請標明計畫本文頁數）：本計畫以強化國家愛滋及性傳染病防治為核心，並以公共衛生效益及人權保障為骨幹，對人民健康權、不受歧視與平等權、隱私和名譽權均有正面影響。

計畫執行過程均審視防治措施在實施過程中對不同族群之潛在人權影響，確保各項措施兼顧防疫效益與人權保障，特別關注弱勢與風險族群的需求，透過實施一系列個人化及整合式的個案管理措施，以確保這些個案能及時獲得適切的醫療照護與支持服務，協助提升其醫療可近性與治療順從性，達成「治療即預防」的防疫核心目標，此舉不僅展現我國落實對《經濟社會文化權利國際公約》(ICESCR)第 12 條(健康權)及其第 14 號一般性意見強調健康服務須具「可近性、可負擔性、可接受性與品質」(AAAQ)之健康平權原則，也有助於建立具包容性與永續性的防疫體系。性傳染病防治方面，積極針對各類風險族群，包含：未成年個案、梅毒懷孕婦女個案、淋病重複感染及淋病抗藥性個案等，推動個案管理及伴侶服務，提供整合式之健康諮詢、衛教、篩檢及治療轉介等服務，以保障關鍵族群的健康權，並有效防止疾病傳播。

另考量本計畫推動過程，如執行篩檢或 PrEP 服務及衛教知能促進，仍可能因過度強調「危險因子」、「風險族群」等，侵害特定群體之隱私或對其造成歧視，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去歧視與性別友善政策及宣導，亦逐步推動「選擇性退出篩檢(opt-out)」愛滋篩檢模式，即將 HIV 篩檢納入常規醫療流程，預設所有接受特定醫療服務(如：健康檢查、急診就醫、住院、外科手術、產前檢查等)者，皆將接受 HIV 檢驗，惟保留其明確拒絕之權利，此模式有助於降低篩檢門檻與社會污名(計畫書草案第 77-78 頁)，降低對愛滋及性傳染病的恐懼及污名，提升對於愛滋感染者及性病患者的同理、接納與關懷，逐步建立社會大眾正確認知愛滋及性傳染病防治的公民力量，其邁向 UNAIDS 提出之 2030 年「零感染、零死亡、零歧視」願景，實現防疫與人權並重之公共衛生政策目標。

消除愛滋暨性傳染病防治五年計畫

中長程個案人權影響評估檢視表審查意見表

頁	節	原文	審查意見
2	1-1	勾選權利項目	1. 勾選 27. 享有可達到之最高身心健康標準權，為本計畫處理之核心權利。本計畫主要採取醫療模式，而並未充分採公共衛生模式。雖然篩檢和治療也是公共衛生的手段，但為了充分理解目前各項策略的不足，以及更適切地回應性傳染病患者的需求，宜更周詳地考慮各種性傳染病的潛在家庭/社區/社會之風險因子。例如，童年逆境(childhood adverse experience, ACE) 可能造成用毒品風險，而使用毒品為性傳染病之已知風險因子，此外，性傾向與性別認同也是包含歧視在內的 ACE 的風險因子。如果把這些「早期」「上游」的危險因子考慮進去，可以更精準描繪風險，更能與高風險族群建立關係，提供服務時也更能體會他們的特性，應該會讓計畫更有效。 2. 本計畫可能可以處理愛滋病以及其他性傳染病的範疇，建議也勾選「2. 不受歧視與平等權」，並進一步申論。例如，(1) 篩檢「高風險族群」的過程中如何避免歧視之發生？(2) 帶原者是否因為擔心污名或受歧視而導致篩檢或接受治療之意願降低？(3) 帶原者在就醫過程（例如牙醫治療）是否因性傳染病而遭受歧視？(4)本計畫是否以及如何處理社會對性傳染病之歧視？

3	1-2	計畫政策規劃、服務提供及受益對象未限於特定性別、性傾向或性別認同者。	1. 請估計本計畫預計受益人數。預計比現有服務提供方式可以多篩多少人，多治療多少人。 2. 本計畫之篩檢並非普篩，必然有特定對象、選擇過程、以及接近對象之手段，請說明如何做到「未限於特定性別、性傾向或性別認同者」。
3	1-3	諮詢對象:「衛生福利部愛滋病防治及感染者權益保障會」	1. 諮詢對象是否僅限於「衛生福利部愛滋病防治及感染者權益保障會」之成員？ 2. 是否曾經徵詢本計畫直接針對之特定族群、或第一線服務團體之意見（人、時、地），以理解他們對於本計畫的關切與質疑？若曾徵詢，請於計畫書中列出他們的意見，並且於本欄摘要說明。
	1-3	本計畫研擬階段邀集愛滋及性傳染病相關領域專家學者或社群代表等共同研商討論，並函詢各部會提供相關建議。	1. 協商是指與合作單位（包括中央政府和地方政府）就計畫執行配合項目之協商。 2. 請說明協商之經過（人、時、地），請於計畫書中列出他們的意見，並且於本欄摘要說明。
4	1-5	**可能直接或間接受影響對象之調查及統計資料**	1. 請盡量找到相關的統計資料，例如，為了回應愛滋病的 95 X 95 X 95 目標，請列出目標族群（是誰）目前的篩檢率？治療率？有效治療率？ 2. 為了回應「平等受惠」的目標，請列出不同的目標族群（例如同性戀族群與異性戀族群）之間，上述的三個指標（亦即篩檢率、治療率、有效治療率）是否不同？如何透過本計畫的施行而達到平等受惠的目標？ 3. 平等受惠不僅是形式平等，更要達到實質平等（也就是健康成果 health

			outcome 的平等）。請說明將採取何種措施以協助處境較不利的群體？ 4. 暴露愛滋病毒前預防性投藥(PrEP)計畫預計要針對哪些群體（根據什麼數據或研究），如何增加（根據什麼數據或研究）？預計增加多少投藥，預防多少愛滋病？
5	1-6	至 2030 逐步達成降低愛滋新通報感染人數至 850 人、2031 年 800 人及整體績效指標「已感染者達病毒量測不到的比率」2031 年精進至 86.8%	1. 這是正面效益沒錯，但更精準的說，每年可以多幫到多少人？
	1-6	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，	1. 建議增列「平等不歧視」權利項目，詳細說明本計畫將如何消弭對性傳染病患者和高風險族群之歧視。 2. 本欄「尊重義務」與「保護義務」目前所列內容，多屬基於愛滋病/帶原之歧視，而非針對愛滋病之尊重與保護義務。 3. 本評估表第 9 頁，提及「愛滋感染者中，部分個案因為年齡、性別、身心狀況等因素，相較一般個案更需公衛人員投注心力追蹤與輔導，包括：未成年個案、懷孕女性個案、在監個案、使用成癮性藥物、外國籍個案、合併性病感染個案及合併罹患結核病個案等，須實施一系列個人化及整合式的個案管理措施，以確保這些特殊應關懷個案能及時獲得適切的醫療照護與支持服務」，以及性傳染病之相對應描述，此部分即屬「平等不歧視」項下應仔細評估之處。

7	1-7	暫未發現對權利項目可能產生之不利影響	1. 在推動篩檢或 PrEP 過程中，是否有可能使愛滋（或其他性傳染病）患者或帶原者暴露其身分？如何保障其隱私？ 2. 在衛生教育過程中，是否可能因強調「危險因子」而使某些人被視為潛在帶原者？如何保護這些易受傷害群體（vulnerable populations）？
8	1-8	**【因應措施及救濟機制之規劃】**	上段所問及之保障及保護措施，請寫於此欄。
9	貳	**人權影響評估結果**	「愛滋感染者中，部分個案因為年齡、性別、身心狀況等因素，相較一般個案更需公衛人員投注心力追蹤與輔導，包括：未成年個案、懷孕女性個案、在監個案、使用成癮性藥物、外國籍個案、合併性病感染個案及合併罹患結核病個案等」;「性傳染病防治方面，積極針對各類風險族群，包含：未成年個案、梅毒懷孕婦女個案、淋病重複感染及淋病抗藥性個案等」，這段所描述的，是本計畫最需要說明部分：如何向這些族群提供服務，並且能用高度尊重、友善、不傷害的方式提供，這是本計畫最需要數據和研究支持的部分，請詳加說明將採取何種措施，以避免於服務過程造成不利影響。

審查委員簽名：

第五點附表四

中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表

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	
本計畫屬「淨零轉型」所屬子計畫（請檢視填寫下列事項）						
「十二項關鍵戰略」歸屬	屬「十二項關鍵戰略」之哪一項： 。		V		V	不適用
1、計畫緣起	(1)是否已參酌該項關鍵戰略之各階段性目標、績效指標、里程碑、機關權責分工、預期效益		V		V	不適用
	(2)本計畫內容是否已融入上開關鍵戰略內容		V		V	不適用
2、計畫目標(含績效指標、衡量標準及目標值等)	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		V		V	不適用
	(2) 績效指標、衡量標準及目標值是否具體？是否有基準年比較值及具體計算、蒐集方式等		V		V	不適用
3、現行相關政策及方案之檢討	(1)如屬淨零轉型所屬子計畫之延續性計畫，是否就「十二項關鍵戰略」之階段性目標、績效指標、里程碑、預期效益等之達成，辦理前期計畫執行成效評估，並納入總結評估報告		V		V	不適用
	(2)是否將相關配套之淨零轉型所屬子計畫，檢討納入本計畫內容，以利發揮綜效		V		V	不適用
4、執行策略及方法	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		V		V	不適用
	(2)是否已預先辦理社會對話與溝通，並將公正轉型工作納入本計畫之執行規劃，涵蓋項目，列舉如： ● 辨識可能衝突及爭議—含利害關係人； ● 提出衝突及爭議之處理機制—如辦理公聽會、說明會、協調會等； ● 建立支持體系的工具手段—如編列相關預算、協調相關部會提出配套措施等； ● 公私協力做法—如預定邀集之相關公私立單位等； ● 預定辦理期程； ● 定期辦理問卷調查驗證成果做法等。		V		V	不適用

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	
	(3)是否掌握淨零科技之研發與導入，提升整體計畫減碳之貢獻，引領公私部門淨零轉型		V		V	不適用
5、期程與資源需求	是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		V		V	不適用
6、預期效果及影響	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		V		V	不適用
	(2)是否提出明確淨零效益估算值及估算方式		V		V	不適用