

計畫編號：MOHW104-CDC-C-315-000302

衛生福利部疾病管制署一〇四年度科技研究發展計畫

愛滋感染者醫療利用與防治成果

研究報告

執行機構：衛生福利部疾病管制署 愛滋與結核病組

計畫主持人：黃彥芳組長

研究人員：陳昶勳、王貴鳳、黃士澤、劉瀨鎂、董曉萍、
黃思怡、彭彥婷、林咏臻、黃証群、李佳穎

執行期間：2015年1月1日至2015年12月31日

* 本研究報告僅供參考，不代表衛生福利部疾病管制署意見

目 錄

摘 要.....	1
前 言.....	3
研究材料與方法.....	7
研究結果.....	10
討論與建議.....	24
結論.....	30
圖表.....	31
參考文獻.....	66
附錄.....	68

摘 要

鑑於自 2005 年 2 月 5 日開始，愛滋病之治療及檢驗費用從健保局轉由中央衛生主管機關編列預算支應，故愛滋病長期醫療費用推估、醫療服務品質、感染個案自我健康管理成效等，疾病管制署具有規劃與監督之責。是以本研究為五年計畫，擬應用各全國資料庫進行長期性、整合性分析，以做為政策參考，結果摘述如下。

104 年 1-6 月愛滋治療與檢驗費用總額為 17.44 億。73.16% 的存活個案目前服用 HAART 藥物，HAART 藥品費用共 14.59 億，佔總費用 83.66%；其中 HAART 二線藥為 677 萬，伺機性感染用藥 595 萬，整體而言 90% 以上的病患就醫診療費用屬合理範圍。少數個案有高就醫診次、高額醫療費用、愛滋用藥品項多的醫療行為。在不同感染危險因子之 HIV 個案就醫行為分析顯示，注射藥癮之 HIV 個案有低就醫率，低就醫頻率以及病毒量測不到的比例較低。

觀察截至 104 年 10 月個管資料亦顯示，持續加入個管計畫之個案經由醫護人員與個案管理師的衛教與輔導，無論是在就醫規律性、服藥順從性以及病毒量的控制有較好的結果。

本研究以綜觀性的角度，分析愛滋感染者相關資料，如死因分析、醫療費用使用狀況及愛滋個案管理成效，期以全方面的角度探討愛滋防治政策。

關鍵詞：HIV、AIDS、死因分析、性別分析、就醫行為、醫療費用、個案管理師計畫

Abstract

Since 2005, the budgets for treatment and testing of AIDS was shifted from Central Government Health Governing Agency to Center of Disease Control. Taiwan CDC is responsible for monitoring AIDS long term medical cost estimation, medical service quality, and effectiveness of case management. This is a 5-year plan and it applies nation-wide database for long-term and integrated analysis to facilitate policy-making. The result are summarized as the following:

The total expense of medical care is NT\$ 1.71 billion in the first half year of 2015. 73.16% of the surviving cases receive HAART. 90% of the patients' treatment and medication cost is within acceptable range. Minority of the cases have behaviors characterized with frequent clinic visits, high medical cost and excess HAART. We find that the HIV-infected IDUs have low clinic visits and high level of viral load.

We analyses the HIV-infected patients' health status and risk behavior who joined case management program. We found that patients have batter health status and lesser risk behavior after intervention and health education. Obviously, the program is very important for HIV-infected patient linking to medical care, having good medication adherence and changing their risk behavior.

Key Words: HIV, AIDS, Cause of death analysis, Behavior of Seeking Medical Advice, Medical Cost, AIDS Designated Hospital Case Management Plan

前 言

愛滋病雞尾酒療法之療效已被肯定為可有效提高愛滋病毒感染者的免疫力，降低發病率及死亡率。相關研究指出雞尾酒療法可降低約 24%-36% 的住院率。我國自 1997 年開始由政府提供雞尾酒療法醫療費用，使得大部份的感染者可獲得治療；國內研究發現，採用雞尾酒療法可以延長 HIV 感染者的存活年數達 20 年[1, 2]。國外的文獻發現隨著感染人口存活年數增加之影響，導致死亡之危險因子也逐漸改變，感染 HIV 之死亡人口中，因愛滋相關死亡比率逐年降低 [3]。國內一般死亡證明書之註記使用 ICD-9 或 ICD-10 之診斷碼，在多數情況下，不能直接反應愛滋感染者的死亡原因與 AIDS 之相關性。若開立死亡證明之醫師未能得知個案的感染情形或就醫紀錄，可能有較高的風險會造成死因分類錯誤。為了確實判定感染者之死因與 AIDS 發病的相關性，針對通報死亡之感染者中因疾病死亡（排除事故傷害或自殺等非疾病因素）個案，由開立死診之醫師進行死因相關性判定。而愛滋感染者死亡率及死因分析，是評估愛滋醫療照護之重要指標。若感染者因 AIDS 發病而死亡，代表其可能有延遲就醫、不規則服藥，或產生抗藥性等，醫療照護不完善的情況，因此定期分析感染者死亡原因，能進一步瞭解感染者所需之照護是否有需要改善的地方。

鑑於自 2005 年 2 月 5 日開始，愛滋病之治療及檢驗費用由中央衛生主管機關編列預算，疾病管制署(下稱疾管署)不僅是訂定全國愛滋病防疫的政策中央單位，對於愛滋病長期醫療費用推估、醫療服務品質、感染個案自我健康管理成效等，具有規劃與監督之責。美國疾病控制及防治中心 (Center for Disease Control and Prevention, CDC) 在 2003 年新制定的進階 HIV 防治計畫中，將愛滋感染者之 HIV 預

防列入防治計畫之重點，並發表將愛滋病預防措施整合至愛滋感染者醫療照顧模式之建議規章[4, 5]。台灣於 1997 年引進抗愛滋病毒藥物 (Highly Active Antiretroviral Therapy, HAART)，並由健保醫療給付，且免部分負擔費用提供給國內愛滋感染者抗病毒治療，之後，國內愛滋感染者之死亡率顯著下降 [6, 7]。丹麥的研究報告指出 25 歲無 B 型肝炎之 HIV 感染者，若接受妥善照護之感染者平均餘命 (median remaining lifetime) 可超過 35 年[8]。

感染者需要持續性的治療、依醫師指示定期回診、按時服藥並定期進行檢驗以測定體內之病毒量與 CD4 淋巴球數。CD4 淋巴球數是決定開始用藥的重要臨床參考指標，CD4 淋巴球數與免疫相關臨床症狀發生的機率呈負相關，當淋巴球數低於 500 cells/mm³ 或發生伺機性感染時，醫師多會以高效能抗愛滋病毒治療法 (highly active antiretroviral therapy, HAART) 來降低感染者體內病毒量與提高感染者之免疫能力。因此，即時提供抗病毒雞尾酒療法，可有效控制愛滋病毒感染者的血漿病毒量、提高 CD4 淋巴球數，降低病患發生與愛滋病毒相關的伺機性感染、腫瘤與死亡的風險，並減少病毒傳播。部分新感染者確診時淋巴球數(CD4)尚高，而感染者也未準備開始服藥接受治療，仍須定期回診追蹤檢驗，評估免疫力及體內病毒量的變化。隨著存活年數的延長與感染人口老化所衍生之醫療需求正逐漸增加，感染人數也逐漸累積。因此，如何兼顧感染者受照護之權益與抑制醫療費用的快速成長，將是未來需要解決的問題之一。

我國愛滋病流行趨勢，自 1984 年以來，我國愛滋感染個案數逐年增加，至 2004 年首度突破千人，達 1,520 人，年增加率陡增為 77%，而 2005 年通報數更是達 3,400 人，年增加率為 124%。截至 2014 年

本國籍存活感染個案數已達到 24,073 人[9]。愛滋感染者個案與預期壽命逐年增加，且感染者一旦開始抗病毒治療，須終身服用抗人類免疫缺乏病毒藥品，若因不規則服藥或不當使用抗人類免疫缺乏病毒藥品，容易造成病毒對現有藥物產生抗藥性，為因應已有抗藥性之治療成效不佳的感染者，自 2008 年 8 月 1 日起疾管署依據國外相關臨床指引併同藥效及費用控制策略，將抗人類免疫缺乏病毒藥品分列為第一線或第二線藥品，當感染者已有抗藥性而須使用二線藥治療，需經由「第二線抗人類免疫缺乏病毒藥品事前審查作業」提供感染者抗藥性檢測、合併治療史及臨床檢驗值等，經過專家審查同意後，即可提供有抗藥性之感染者使用二線藥或一線高價位藥品組合進行治療。若因不規則服藥或不當使用此類藥品，造成血中藥物濃度不足，容易造成病毒對現有藥物產生抗藥性，病毒對於某一種藥物產生抗藥性後，可能對於同一類的其他種類藥物產生交叉抗藥性，造成治療失敗而增加疫情傳染的機會，因此以二線藥治療之感染者必須事先確認感染之服藥遵醫囑性，避免再次治療失敗。

為提升愛滋病照顧醫療服務品質及感染個案自我健康管理成效，疾管署自 2007 年建置愛滋病追蹤管理系統，並推動愛滋病個案管理師計畫，面對越來越多的感染者，醫療專業人員應透過來自不同專業的整合型照顧計畫，來協助愛滋感染者規則服藥、降低或改變現有的危險行為(含危險性行為及共同注射行為)、並避免其危險行為復發。

過去研究發現國內愛滋病毒感染者延遲就醫的現象非常普遍，且愛滋病毒感染的高危險族群並不認為自己是高風險的感染者，愛滋病毒感染者延遲診斷的原因，可能包括感染者對於愛病毒的錯誤認知、發現自身有感染現象時擔心被歧視等，都有可能是延遲診斷的

原因之一[10]。愛滋感染延遲診斷，不但會增加愛滋醫療費用支出，且同時會增加愛滋病毒傳播機會，也會提高患者死亡率。近年通報的愛滋感染者中，大約有 30%的人在通報後一年內即發展為愛滋病個案，屬於延遲診斷情形。因此將藉由分析延遲診斷感染者之風險因子，藉以研擬改善策略，進而減少延遲診斷感染者之數量。

根據疾管署統計資料顯示台灣愛滋病疫情近年來呈現年輕化現象[8]。聯合國(UN)和美國疾管署(US CDC)對年輕族群(young population)的定義是指年齡介於 13-24 歲或 15-24 歲，其中 13-19 歲稱為青少年(teenagers)，而 20-24 歲稱為年輕成人(young adults)[11, 12]。與 2007 年相較，台灣年輕族群(13-25 歲)的愛滋感染人數在這 6 年之間大幅增加，2014 年年輕族群感染人數為 2007 年年輕感染人數之 2.02 倍，且 20-29 歲之感染者約佔當年度所有通報者的 50% [8]，此外，多數之高危險族群不認為自己有感染的風險[13]。此實為台灣在愛滋防治上愈形重要的課題。因此有必要發展以醫院為基礎之愛滋病個案管理模式，故疾管署於 2007 年建置愛滋病追蹤管理系統，並推動愛滋病個案管理師方案，本計畫將針對愛滋病追蹤管理系統與個案管理師計畫之問卷資料庫進行分析，以利瞭解個案行為與正確觀念導正的成效。

研究材料與方法

本研究設計為五年計畫，研究主題為利用全國性資料庫與抽樣檢體分析，進行醫療資源利用分析並根據不同感染途徑個案就醫與服用 HAART 的狀況，進一步推估全國 HIV 死亡率與死因分析及 HAART 藥物對於個案存活年數的影響外，更針對感染個案進行醫院個案追蹤管理，了解個案管理後的成效以建立愛滋病醫療品管模式。

(一) HIV 死亡率及死因分析

以疾管署疫情倉儲系統(BO)分析 1988 年至 2015 年 6 月之愛滋病毒感染者為分析對象，採描述性統計各年度本國籍新通報個案、通報後一年內死亡之人數及年度死亡人數，並探討其死亡之原因。

描述性統計將過去所有死亡之感染者 1988 年至 2014 年死因分類、感染途徑製成歷年趨勢圖，以觀察死因之變化趨勢；進行性別死因統計，以觀察死因分布是否依性別不同而有所差異。

(二) 愛滋病毒感染者長期醫療費用分析

本研究以中央健康保險署(下稱健保署)提供之愛滋病毒感染者之「門診處方及治療明細檔、門診處方醫令明細檔、住院醫療費用清單明細檔、住院醫療費用醫令清單明細檔」，勾稽疾管署「愛滋病追蹤管理資料庫」，進行感染者就醫行為與醫療費用之分析，以提供政策擬定之參考。分析方式採描述性統計愛滋病毒感染者就醫行為及長期醫療費用，並比較 2010 年至 2015 年各年同期之門診、住診之總醫療費用、總就醫人數分及 HAART 藥品費用等，以半年(1-6 月)為統計單位，以分析同期之醫療費用趨勢。另以個案歸戶分析將 HIV 感

染者區分為有使用 HAART 進行治療與未使用 HAART 進行治療二組，分別統計二組之各年度 1-6 月每人門診、住診總費用分布、門診人次分布，以觀察各年度歸戶後之門診、住診總費用分布、門診人次分布是否有差異。

根據愛滋病檢驗及治療指引表示，更改用藥者應於更改用藥後 3 個月檢驗一次 CD4 與病毒量、穩定服藥之感染者需要每 6 個月檢驗一次 CD4 淋巴球及病毒數量、不須服藥之感染者應 3 至 6 個月檢測一次 CD4 淋巴球與病毒數量，因此本研究將個案歸戶後統計 HIV 感染者各年度 CD4、病毒量檢測次數之分布情形。亦針對從未使用藥物進行治療之感染者，分析其 CD4 檢測值分布情形。

(三) 愛滋個案管理績效指標分析

確診後進行通報之 HIV 感染者至指定醫院之感染科或風濕免疫科進行愛滋相關醫療及檢驗，經評估及個案同意後即可由個案管理師進行收案。參與個案管理計畫之初次收案感染者將由個案管理師進行初次收案問卷調查（附錄一），其後每 3 個月進行一次追蹤填寫一般複診問卷（附錄二），累積 3 次合格之一般複診追蹤後可進行年度複診問卷（附錄三）。此外，配合個案之特殊需求，搭配執行性行為問卷、藥癮行為問卷等。

因此應用 2006 年至 2015 年之「愛滋病追蹤管理資料庫」與「個案管理計畫問卷資料庫」進行個案管理成效分析。採描述性統計各年度個案之收案原因、累積收案人次數，分析 2014 年至 2015 年之初次收案對象之人口學特性分布、初次收案與第一次複診、年度複診之危險行為分析以探討感染者參與個案管理後之行為改變狀況。

(四) 愛滋病毒感染者延遲診斷之危險因子分析

本研究延遲診斷的操作行定義為：通報後一年內發展為 AIDS，或者在通報後一年內 $CD4 < 200/\mu L$ 。為瞭解延遲診斷感染者之風險因子，使用「愛滋病追蹤管理資料庫」、「個案管理計畫問卷_延遲診斷病人行為評估紀錄表」（附錄四）為資料分析來源，並採用描述性統計分析 2010 年至 2014 年延遲診斷人數之占率、羅吉斯回歸分析延遲診斷感染者之人口學特性，以探討延遲診斷風險族群之高風險者。藉由個管師透過延遲診斷評估表對延遲診斷之個案進行行為調查，以分析延遲診斷感染者通報前之行為，另將 1984 年至 2014 年通報之本國籍感染者區分為延遲診斷人口與非延遲診斷人口後，以存活分析探討延遲診斷對感染者存活率之影響

(五) 愛滋病毒感染者就醫行為與醫療服務利用之分析

使用健保署提供之愛滋病毒感染者之「門、住診歷年就醫明細資料庫」，勾稽疾管署「愛滋病追蹤管理資料庫」之個案就醫紀錄與個案檢驗紀錄資料進行分析，以描述性統計分析並分別以本國籍全國感染人口、藥癮人口與非藥癮人口、性別等自變項分別探討 2014 年本國籍感染者之就醫規率性、服藥率及測不出病毒量之比率。分析不同感染途徑人個案之歷年就醫率、服藥率以觀測不同感染途徑就醫之長期趨勢。此外對於不規則服藥之感染者，分析已服用 HAART 未規則回診(領藥)者輔導紀錄單(附錄六)，探討已服藥人口未規則領藥之原因。

研究結果

(一) HIV 死亡率及死因分析

HIV 死亡率部分，根據 HIV 追蹤管理資料庫，截至 2015 年 6 月底，本國籍愛滋感染者累積存活人數為 24,985 人。自 1997 年開始提供免費 HAART 藥物後，感染者一年內死亡率由 1997 年 14.9% 降低至 2014 年的 3.71%。另，根據 HIV 通報資料，通報為 HIV 感染者後各年死亡及一年內死亡者，其死因顯示如下（詳見表 1-1）。2009 年至 2014 年本國籍新通報人數分別為 1,643 人、1,795 人、1,968 人、2,221、2,244 人及 2,236 人，各年死亡人數分別為 346 人、347 人、436 人、433 人、409 人及 419 人，其中一年內死亡人數則分別有 92 人（5.60%）、81 人（4.51%）、100 人（5.08%）及 101 人（4.55%）、84 人（3.74%）及 83 人（3.71%），呈現近年新通報個案，在通報後一年內死亡的情形，有穩定下降的趨勢，另其死亡原因以 AIDS 相關死亡者佔多數。

歷年通報一年內即死亡之死因分類趨勢如圖 1-1 所示，以 AIDS 相關死亡為主，圖 1-2 至圖 1-4 分別依感染危險因子分層，呈現異性間性行為者、男男間性行為者及注射藥癮者的死因趨勢。從感染途徑與 HIV 通報後於一年內死亡者之死因交叉分析發現，通報後於一年內因 AIDS 相關死亡之死亡人數自 2008 年以男男間性行為者為大宗（詳見圖 1-2 至圖 1-4）；若以年度新通報人口來看，男男間性行為者約有 2% 之感染者在通報後一年內因 AIDS 相關死亡，而異性間性行為者約有 4-6% 之感染者在通報後一年內因 AIDS 相關死亡。表 1-2、1-3、1-4 為統計至 2014 年 HIV 通報一年內即死亡之死因與性別、年齡

層、感染途徑之分類。累計至 2014 年 HIV 通報一年內即死亡者，共有 1,659 人，其中與 AIDS 相關死亡有 749 人 (45.15%)，與非 AIDS 相關死亡(如惡性腫瘤、心臟病等)有 283 人 (17.06%)，死亡原因為自殺或意外者(如自殺、車禍、藥物中毒等)有 73 人 (4.40%)，死因為不詳(如解剖鑑定中、心肺衰竭...等因素)有 554 人 (33.39%)。

依通報來源一年內即死亡之年齡層與死因分類(詳見表 1-3)，19 歲以下死亡人口以死因不詳與無法判定居多，占 45.45%(5 人)，20-39 歲、40-59 歲、60 歲以上死亡人口以 AIDS 相關死亡居多，各占 44.25%(327 人)、44.96%(308 人)、49.11%(110 人)。依通報來源一年內即死亡之感染途徑與死因分類(詳見表 1-4)，發現除了注射藥癮者以死因不詳居多，約占 39.09%，男男性行為者、異性間性行為者、其他傳染途徑以 AIDS 相關死亡居多，依序為 47.53%(279 人)、54.02%(363 人)、43.89%(79 人)。

(二) 愛滋病毒感染者長期醫療費用分析

本計畫以疾管署委託健保署支付之 2010 年至 2015 各年 1-6 月份愛滋病毒檢驗及治療費用，進行醫療費用基本概況分析與同期比較，資料明細來源為健保署申報費用之相關資料。包括具健保身份者與無健保身份者之愛滋病毒檢驗及治療費用，各年 1-6 月之申報資料費用總額隨著就醫人數的增加而上升，依序為 10.79 億 (2010 年)、12.88 億 (2011 年)、14.85 億(2012 年)、16.37 億(2013 年)及 17.14 億(2014 年)、17.44 億 (2015 年)。醫療費用概況(詳見表 2-1)，各年 1-6 月醫療費用分布，皆以門診醫療行為為主，門診醫療約佔總費用 95%；支出項目則以 HAART 藥費最多，約佔總費用 85%左右。確診人口當年

度曾使用醫療服務之就醫率有逐年上升的現象，依序為 77.14%、78.32%、80.57%、82.30%、84.54% 及 85.80%。

進一步就個案之門診醫療費用金額分布（表 2-2），歷年的費用分布相似。將門診醫療費用依服用 HAART 人口與非服用 HAART 分別進行探討，2010 年至 2015 年非服藥人口佔門診就診人口之比率分別為 38.26%、32.78%、29.07%、24.80%、18.95% 及 14.69%，發現非服藥人口的比率正逐年遞減當中，且 2015 年 1-6 月非服藥人口的歸戶半年累積門診醫療費用約有 75% (2356 人) 為 1 萬元以下，24.71% (777 人) 為 1-2 萬元，0.29% (9 人) 為 2 萬元至 5 萬元以下，呈右偏分布，進一步分析其費用中位數為 6,488 元，標準差為 3,412 元。

2010 年至 2012 年服藥人口約佔通報人口之七成，2013 年至 2015 年服藥人口高達八成；統計 2010 年至 2015 年服藥人口之歸戶半年累積門診醫療費用約有 73.3% 至 86.5% 位於 5 萬元至 15 萬；而服藥人口平均半年平均醫療費用則由 2010 年的 12.3 萬上升至 2011 年的 12.4 萬後，開始逐年下降，2015 年之半年平均醫療費用約為 9 萬元，而服藥人口中門診費用偏高者（大於 30 萬）約佔近六年總服藥人口之 0.14% 至 0.32%，僅 2011 年較高達 0.59%。

個案歸戶後住診醫療費用分布（表 2-3），非服藥人口的之 2010 年至 2013 年住院費用以小於 5 萬元佔多數，達 40% 以上，但 2014 年至 2015 年以 5 萬元至 15 萬較多，分別佔 35.7%、28.6%；以平均住院費用來看，2013 年 1-6 月未服藥人口之平均住院費用為 14.6 萬，2014 年 1-6 月未服藥人口之平均住院費用為 17.5 萬，2015 年 1-6 月未服藥人口之平均住院費用為 20.1 萬呈增加之趨勢，但非服藥人口住院費用偏高者（大於 50 萬）大約為每年 0-3 人，人數無明顯增加。

服用 HAART 人口之住院費用以 5 萬元至 15 萬較多，約佔 36.0% 至 41.1%，住院費用偏高者除 2013 年為 26 人以外，其餘各年介於 33 人至 36 人，以各年 HIV 存活人口為分母，計算住院費用偏高者之佔率後發現介於 0.12% 至 0.22%，維持穩定之趨勢。

表 2-4 的部分，呈現 2010 年 1-6 月至 2015 年 1-6 月之門診就診次數分布，非服藥人口當中，就診次數超過八成為 1-2 次。服藥人口中 2010 年 1-6 月至 2015 年 1-6 月以就診次數 6-7 次較多，約佔 55%，就診次數 6 次以上之比率約為 80%，表示至少有 80% 的服藥人口每個月至少就醫一次(包含只領藥)。2010 年至 2015 年免疫功能檢測 CD4 數量檢測分布(詳見表 2-5)及病毒量檢測次數分布(詳見表 2-6)相似。免疫功能檢測次數 2 次以內者約 97%，屬於治療指引建議的合理分布，僅少部分個案屬於高檢測的異常行為。

以 HAART 用藥成分合理性來看(詳見表 2-7，使用 HAART 藥物治療人數逐年增加，分別為 7,748 人(2010 年 1-6 月)、9,327 人(2011 年 1-6 月)、11,084 人(2012 年 1-6 月)、13,219 人(2013 年 1-6 月)、15,831 人(2014 年 1-6 月)以及 18,240 人(2015 年 1-6 月)；佔各年存活人口比例略為上升，依序為 47.64%、52.33%、56.86%、61.90%、68.54% 以及 73.16%。而合理用藥種類比率(3-4 個品項)2015 年 1-6 月為 92.7%。觀察 2015 年 1-6 月一線藥與二線藥使用者的醫療費用分布發現，使用一線藥平均每月醫療費用低於兩萬元者計有 11,932 人(65.53%)、介於兩萬至三萬者計有 5,467 人(30.02%)、大於三萬元者有 810 人(4.55%)；而二線藥平均每月醫療費用低五萬者計有 52 人(73.24%)、介於五萬至七萬者計有 15 人(21.13%)、大於七萬元者有 4 人(5.63%)(詳見表 2-8)。

分析 2010 年 1-6 月至 2015 年 1-6 月的 HAART 藥物費用與非 HAART 藥物費用支出的分布狀況（詳見表 2-9、2-10），發現 2010 年 1-6 月總醫療費用共 10.79 億，當中 8.84 億(81.92%)是 HAART 藥物支出，另外的 1.95 億中有 3,714 萬是非 HAART 藥物費用，非 HAART 藥物費用有 1,529 萬(41.17%)用於 HIV 的伺機性感染用藥，而安眠藥費用為 51 萬(1.39%)。2011 年 1-6 月總醫療費用共 12.88 億，當中 10.68 億(82.92%)是 HAART 藥物支出，另外的 2.2 億中有 4,684 萬是非 HAART 藥物費用，非 HAART 藥物費用有 1,752 萬(37.40%)用於 HIV 的伺機性感染用藥，而安眠藥費用為 64 萬(1.37%)。2012 年 1-6 月總醫療費用共 14.58 億，當中 12.58 億(84.71%)是 HAART 藥物支出，另外的 2 億中有 4,395 萬是非 HAART 藥物費用，非 HAART 藥物費用有 1,907 萬(43.39%)用於 HIV 的伺機性感染用藥，而安眠藥費用為 64 萬(1.45%)。2013 年 1-6 月總醫療費用共 16.37 億，當中 14.08 億(86.01%)是 HAART 藥物支出，另外的 2.29 億中有 4,076 萬是非 HAART 藥物費用，非 HAART 藥物費用有 1,740 萬(42.69%)用於 HIV 的伺機性感染用藥，而安眠藥費用為 58 萬(1.42%)。2014 年 1-6 月總醫療費用共 17.14 億，當中 14.65 億(84.92%)是 HAART 藥物支出，另外的 2.49 億中有 4,807 萬是非 HAART 藥物費用，非 HAART 藥物費用有 2,051 萬(42.67%)用於 HIV 的伺機性感染用藥，而安眠藥費用為 51 萬(1.06%)。2015 年 1-6 月總醫療費用共 17.44 億，當中 15.17 億(83.66%)是 HAART 藥物支出，另外的 2.27 億中有 5,111 萬是非 HAART 藥物費用，非 HAART 藥物費用中有 2,081 萬(40.72%)用於 HIV 的伺機性感染用藥，而安眠藥費用為 47 萬(0.92%)。簡而言之，醫療費用隨著愛滋感染者的增加而增加，HAART 用藥費用隨著服藥人口比例逐漸增多亦隨之逐年上升，但近年來藉由學名藥競價與集中

採購策略以降低藥品費用，HAART 藥品費用增加的速度已逐漸趨緩，HAART 藥品費用佔總醫療支出的佔率以由 2013 年 86.0%，小幅下降至 2014 年的 85.5%，至 2015 年更降至 83.66%。

HAART 二線藥的用藥費用分布中（見表 2-8），二線藥用藥人數由 2010 年 1-6 月的 52 名個案增加至 2015 年 1-6 月的 71 名個案，雖個案數增加，但以各年存活人口為分母計算其佔率後，發現 2010 年 1-6 月至 2015 年 1-6 月四年間約為 0.32%-0.43%，佔率維持平穩的狀態。二線藥的用藥費用從 2010 年 1-6 月的申報的 677 萬元急速增加至 2014 年 1-6 月的 1,064 萬元，2015 年再降回 677 萬元。原為二線藥的 Viread、Prezista(400mg)與 Isentress 於 2011 年 7 月、Celsentri 於 2013 年 12 月及 Truvada 於 2014 年 10 月起改列為一線藥物(附錄五)，因藥品費用的調降，二線藥藥品品項逐漸減少，二線藥之支出也逐漸降低，2013 年 1-6 月的二線藥費用為 1,521 萬元，至 2015 年 1-6 月二線藥之支出已降至 677 萬元左右，二線藥的支出約佔總醫療費用的 0.45%-1.18%，雖然以二線藥為處方進行治療之感染者每月 HAART 藥費支出較高，但服用二線藥的個案，其健康狀況相當良好，病毒量及 CD4 值大多在正常的範圍內，顯示二線藥物仍能有效的治療具有抗藥性病患，使得疾病狀況得以有效控制。

由以上資料呈現整體醫療費用約 90% 以上屬合理範圍，惟部份高就醫診次、高醫療費用、高愛滋用藥品項的醫療行為者，有必要進一步探討其原因。因此，本研究擬將挑選出特殊異常值個案，異常標準包含：最高費用(單月、單次、年費用等)、最高診次、血液檢測次數異常、HAART 用藥品項異常以及單次就醫費用異常等條件進行篩選後，並將審查結果回饋醫院以作為醫院在醫療行為改善之依據。

(三) 愛滋個案管理績效指標分析

愛滋病個案管理計畫藉由個案管理師提供愛滋病毒感染者定期追蹤管理及生理、心理及社會相關衛教諮詢服務，協助其建立社會支援網絡，並提昇其自我健康管理。尤其是新通報感染者、持續高危險行為與生理、心理或社會方面弱勢之感染者、初次用藥個案、再次感染性病個案等，特別需要個案管理師的協助服務與衛教諮詢，皆為本計畫之優先收案對象。疾管署自 96 年起辦理 HIV 個案管理師計畫，開辦至今已八年，由 2007 年 18 家愛滋病指定醫院辦理個案管理業務起逐年增加，至 2015 年參與個管計畫之指定醫院已增至 57 家。

至 2015 年 10 月 20 日止曾經參加愛滋病個案管理計畫者共計 19,762 人，現正納管中個案計有 12,775 人（排除已核備未收案者）。存活個案共計 25,579，個管率為 50%；其中針對個案管理滿兩年，個案穩定就醫，具有良好的服藥順從性，未重複感染性病或兩年內未吸食或注射毒品者，醫院得將個案轉以穩定個案收案，穩定個案收案管理自 2013 年 8 月 1 日正式實施，至今穩定個案納管人數已達 2,304 人，曾因個案穩定而結案者共計 2,265 人。

截至 2015 年 10 月 23 日止符合必收個案條件，即新通報個案、初次服藥個案、經疾管署同意之二線藥申請者、未成年者、懷孕個案、再次通報感染淋病和梅毒者，以及經疾管署公告之已服藥而未規則回診或領藥者，其中排除入監者、住院者以及死亡者共計 8,577 人，其中已由愛滋病指定醫院納入個案管理者共計 5,188 人（佔 60.5%），相較於 2014 年之 59.7% 必收個案納管率，略有提升。參見表 3-1。

核可收案通報個案且有執行初收問卷者合計收案 20,771 人次(計 18,694 人),個案來源分佈詳如表一,其中以「新通報為 HIV 感染者」占率最高(9,933 人次,47.8%),其次分別為「曾注射、吸食成癮性藥物或曾與人共用針器者」(3,561 人次,17.1%)、「服藥順從性差或未定期回診治療者」(2,472 人次,11.9%);分析收案年度發現,收案原因主要為「曾注射、吸食成癮性藥物或曾與人共用針器者」由 2007 年 28.3%降至 2015 年 19.8%,而「新通報為 HIV 感染者」的原因比率則逐年上升,由 2007 年 19.6%上升至 2015 年 56.1%,另因疾管署政策,接觸者追蹤資料不詳者,衛生局可請求醫院收案,故因追蹤接觸者而收案者由 2007 年 5.1%,2015 年提升至 12.6%。(詳見表 3-2)。

2014 年及 2015 年初次收案者有 5,658 人,其中完成 5,124 份初收問卷,以下就個案不同面向特質分佈進行分析(詳見表 3-3):基本人口學分布方面,男性 4,910 人(96.6%),女性 214 人(4.2%);收案年齡層分布上 20-49 歲約占了 91.0%,以青壯年為主;在教育程度方面,以大學 2,398 人(46.8%)最高,其次為高中 1,264 人(24.7%);婚姻狀況方面,則以未婚 4,552 人(88.8%)最高;工作性質方面,以服務業 2,100 人(41.0%)最多,其次為無業 785 人(15.3%)、工 486 人(9.5%)。比對疾管署資料庫發現初次收案個案之感染途徑,以男男間性行為所占比例最高 4,247 人(83.0%),其次為異性間性行為 203 人(4.0%)。約六成的人與家人同住 2,701 人(52.7%)、有約七成的人工作固定 3,594 人(70.1%)及無經濟問題 3,723 人(72.7%)。

為比較個案管理介入後與尚未介入之前的改變,分析 2014 年至 2015 年完成初收問卷之個案的第 1 次有效初收問卷及複診問卷,且初收及複診訪視間距大於 28 天,共計 3,400 人次。在健康狀況方面,

初收時有 88.0% 的人自覺健康狀況良好，第一次複診時已提高至 96.0%；在工作情形方面，初收時有 70.8% 的人工作固定，第一次複診時已提高至 78.3%；在經濟能力方面，初收時有 73.3% 的人無經濟問題，第一次複診時已提升至 75.3%。初收時有 11.5% 的人有伺機性感染情形，第一次複診時已下降至 4.2%；心理調適良好者由 85.8% 提昇至 92.0%；接受疾病且配合治療者由 90.5% 提昇至 94.9%；按時服用 HAART 者由 85.9% 提昇至 88.7%；按時就醫者由 90.6% 提昇至 93.2%；家人支持且知情者由 29.1% 提昇至 29.9%；個案最近 3 個月有性行為者由 57.6% 降至 33.0%；個案最近 3 個月有使用成癮藥物者由 11.6% 降至 7.0%。除經濟問題外，其餘改變皆達統計上顯著差異。（詳見表 3-4）

截至 2014 年 10 月 21 日止，擷取每位曾納入個案管理之個案第一次至第五次核可問卷，每次間距為 60 至 140 天，列入分析人數計 6,804 人。個案現況方面，自覺健康狀況、工作狀況、經濟問題、心裡調適、居住問題、家人知情且支持部分及疾病接受與治療配合度狀態...等，從初收案到年度個管之正向比率呈穩定性成長。伺機性感染部分則從初收的 11.3% 有伺機性感染，持續降低至年度個管僅 1.8%（表 3-5 及圖 3-1）。在個案行為改變方面，按時服藥者由第一次訪視為 81.2% 提昇至第五次訪視為 89.1%；按時就醫亦由 70.9% 提昇至 94.2%；個案最近 3 個月有性行為者，由 55.3% 降至 35.1%；個案最近三個月曾使用成癮性藥物者，由 17.0% 降至 8.1%，後續也都能穩定成長。以上顯示透過個管師的衛教介入與資源的提供，故能改善個案的藥癮行為（詳見表 3-5 及圖 3-2）。

(四) 愛滋病毒感染者延遲診斷之危險因子分析

以通報後一年內發展為 AIDS，或在通報後一年內 CD4<200/ μ L，之定義來界定延遲診斷與非延遲診斷者，分析近五年(2010-2014 年)本國籍通報人數發現，2010 年本國籍通報人數 1,794 人，其中有 589 人(32.8%)為延遲診斷者，2011 年本國籍通報人數 1,968 人，其中有 604 人(30.7%)為延遲診斷者；2012 年本國籍通報人數 2,221 人，其中有 748 人(33.7%)為延遲診斷者；2013 年本國籍通報人數 2,244 人，其中有 783 人(34.9%)為延遲診斷者；2014 年本國籍通報人數 2,235 人，其中有 760 人(34.0%) (如圖 4-1)。

排除通報時危險因子不詳之感染者後採用 logistic regression 分析男性延遲診斷人口危險因子，控制年齡、婚姻狀況、風險因子、通報來源後發現男性延遲診斷感染者中，以年齡來看 55-64 歲之勝算比最高，為 15-34 歲者的 8.32 倍且顯著差異($p<0.0001$)，異性戀且未婚之感染者延遲診斷之勝算比是注射藥癮者 3.93 倍，通報來源則以本署指定醫院勝算比較高，為監所收容人之 5.01 倍(表 4-1)。分析女性延遲診斷感染者之危險因子，則以異性戀者勝算最高，為非異性戀者之 2.58 倍且達顯著差異($p<0.025$)，通報來源則以本署指定醫院最高，為非本署指定醫院之 3.92 倍(表 4-2)。進一步依性別探討異性戀感染者之婚姻狀況可發現男性異性戀者多為非已婚感染者，占男性異性戀者之 76.5%(929 人)，如表 4-3。

分析接受延遲診斷行為調查分析問卷(表 4-4)之 1,623 人占全部延遲診斷人口之 46.1%，問卷填答人口以男性(97%)、性行為傳染(98%)占多數，其 1623 人發現有身體不適之狀況時有 77.4%(1,222 人)表示會至醫療院所看診，15.8%(249 人)自行服用成藥，有 6.8%(108 人)不

予理會；個案通報 HIV 前一年中有 38.4%(349 人)曾有呼吸系統疾病，6.9%(63 人)有腸胃道疾病；個案被通報為 HIV 時有 63.8%(992 人)表示因病就醫時醫師建議篩檢後發現感染，14.2%(221 人)為自行自匿名篩檢點篩檢，11.1%(172 人)自行至衛生局篩檢。

個案在被通報前僅有 35%(552 人)之延遲診斷者懷疑自己被感染 HIV，其中懷疑的原因有 55.4%(306 人)表示經常有不安全之性行為，44.9%(248 人)表示有身體不舒服，疑似有感染的症狀出現；在被通報前有 31.1%(490 人)之延遲診斷者表示之前曾經做過 HIV 篩檢，且 57.6%(282 人)曾使用過匿名篩檢進行檢測。調查延遲診斷的感染者先前未接受檢查之原因，有 7 成的人未曾做過 HIV 篩檢，有 63.1%(830 人)的個案認為自己不可能被感染，所以未自行前往醫院篩檢(表 4-4)。

統計至 2014 年底本國籍累積通報人口達 28,711 人其中有 7,331 人(25.53%)為延遲診斷者(通報後一年內發病)。以存活分析延遲診斷與非延遲診斷之感染者發現非延遲診斷者之 5 年存活率約為 91%，而延遲診斷者之 5 年存活率僅有 76%，延遲診斷者比非延遲診斷者降低了 15%；非延遲診斷者之 10 年存活率約為 82%，而延遲診斷者之 10 年存活率僅有 69%，延遲診斷者比非延遲診斷者降低了 13%，且達顯著差異(如圖 4-2)。

(五) 愛滋病毒感染者就醫行為與醫療服務利用之分析

使用聯合國愛滋病規劃署 (UNAIDS) 和世界衛生組織 (WHO) 估計愛滋病盛行率的軟體工具 workbook 進行推估我國感染人口，得知我國 2014 年估計感染人口約為 32,000 人，本研究以通報紀錄與就醫紀錄進行後續分析後發現截至 2014 年底本國籍確診之存活個案為

24,073 人，約占總推估感染人口之 75%；曾使用醫療利用者為 21,763 人，約占總推估感染人口之 68%；持續就醫之感染者約為 19,050 人，約占總推估感染人口之 60%；使用抗病毒藥物進行治療者共 17,647 人，約占總推估感染人口之 55%；測不出病毒量者為 15,298 人，約占總推估感染人口之 48%(如圖 5-1)。

為探討不同感染人口群之就醫治療情形，將感染人口之 cascade 分別以藥癮人口與非藥癮人口、性別，進一步分析不同人口特質間的就醫與治療情形。依藥癮人口與非藥癮人口估計，推估 2014 年非藥癮感染人口約為 26,300 人，藥癮人口為 5,700 人；其中確診為 HIV 之非藥癮感染人口約為 18,758 人(約占推估感染人口之 71.3%)，藥癮感染人口約為 5,315 人(約占推估感染人口之 93.2%)；曾使用醫療利用之非藥癮感染人口約為 17,470 人(約占推估感染人口之 66.4%)，藥癮感染人口約為 4,293 人(約占推估感染人口之 75.3%)；持續就醫之非藥癮感染人口約為 15,761 人(約占推估感染人口之 59.9%)，藥癮感染人口約為 3,289 人(約占推估感染人口之 57.7%)；使用抗病毒藥物進行治療之非藥癮感染人口約為 15,162 人(約占推估感染人口之 57.7%)，藥癮感染人口約為 2,485 人(約占推估感染人口之 43.6%)；測不出病毒量之非藥癮感染人口約為 13,230 人(約占推估感染人口之 50.3%)，藥癮感染人口約為 2,068 人(約占推估感染人口之 36.93%)，詳如圖 5-2。

依性別來看，推估 2014 年男性感染人口約為 30,325 人，女性人口為 1,675 人；其中確診為 HIV 之男性感染者約為 22,621 人(約占推估感染人口之 75%)，女性感染者約為 1,452 人(約占推估感染人口之 87%)；曾使用醫療利用之男性感染者約為 20,446 人(約占推估感染人口之 67%)，女性感染者約為 1,317 人(約占推估感染人口之 79%)；持

續就醫之男性感染者約為 17,980 人(約占推估感染人口之 59%)，女性感染者約為 1,070 人(約占推估感染人口之 64%)；使用抗病毒藥物進行治療之男性感染者約為 16,656 人(約占推估感染人口之 55%)，女性感染者約為 991 人(約占推估感染人口之 59%)；測不出病毒量之男性感染者約為 14,448 人(約占推估感染人口之 48%)，女性感染者約為 850 人(約占推估感染人口之 51%)，詳如圖 5-3。

由上述分析可得知，注射藥癮者之就醫規律性、服藥治療率與測不出病毒量之比率較非注射藥癮者差；若以性別來看則以女性較差，進一步依性別分析感染風險因子後發現，女性通報人口中，HIV 感染風險因子為注射藥癮者達 50%，而男性 HIV 感染風險因子為注射藥癮者僅達 20%(表 5-1)，因此女性之就醫規律性、服藥治療率與測不出病毒量之比率與男性相較之下較低。

另，分析不同感染途徑之感染者之歷年就醫率發現男男性行為者已由 2006 年之 83% 就醫率持續上升至 2014 年之 93%；注射藥品者之就醫率則除 2006 年在 75% 以下外，2007 年至 2014 年就醫率均落在 76-79% 間；異性間性行為者之就醫率者則呈現變動趨勢，2009 年至 2010 年為 73-75%，近三年(2012 年至 2014 年)就醫率則落在 88-89%；母子垂直感染與血友病感染患者人數較少，因人口稀少就醫率之變動也較大，2014 年就醫率為 86% 與 87%(如圖 5-4)。分析服藥率可發現男男性行為者已由 2006 年之 62% 就醫率持續上升至 2014 年之 80%；注射藥品者之服藥率則除 2008 年以前在 10% 以下外，2009 年至 2014 年服藥率已逐漸上升，至 2014 年止經由注射藥癮感染之患者已經有 45% 開始用藥治療；異性間性行為者之服藥率者則呈現變動趨勢，2009 年至 2010 年為 59-63%，近三年(2012 年

至 2014 年) 服藥率則穩定上升至 2014 年約有 81%人口服藥；母子垂直感染與血友病感染患者人數較少，但 2006 年至 2014 年服藥率均在 70%以上(如圖 5-5)。

為了使已經開始服藥的感染者持續用藥，疾管署針對已開始服藥而未規則回診(領藥)之感染者，藉由衛生局進行調查與瞭解未持續服藥之原因，分析其輔導記錄 1,415 份後發現未規則領藥之感染者有 31.9%(336 人)為注射藥癮者，進一步向感染者進行愛滋病相關知能衛教後，有 69.1%(711 人)之感染者表示願意回診就醫(如表 5-2)。累積至 2014 年底本國籍存活感染者已達 27,073 人其中有部分感染者之感染年數已超過 20 年，分析目前存活人口之年齡分布情形(如圖 5-6)可發現感染人口已逐漸老化，男性存活人口中約有 25%的感染者已超過 44 歲，女性存活人口中約有 25%的感染者已超過 49 歲，感染人口的老化，是我們未來需要注意的問題之一。

討論與建議

(一) HIV 死亡率與死因分析

有關愛滋病個案死因分析，在一年內死亡之歷年死因趨勢中，因 2005 年藥癮愛滋疫情爆發，且注射藥癮者一年內死亡之死因多以非 AIDS 相關死因為主，故整體看來非 AIDS 相關死亡超過 AIDS 相關死亡。在推行減害計畫後，藥癮愛滋疫情下降。2008 年後，HIV 感染者一年內死亡之死因改以 AIDS 相關死亡為主，但一年內死亡之死亡率卻逐漸地遞減。此外，愛滋病個案一年內死亡之死因與傳染途徑交叉分析中，在 2008 年後，雖然每一年因 AIDS 相關死亡中男男間性行為者之死亡人數占所有感染途徑比例最高，但其中有超過五成的死者曾接受 HAART 治療，在加上一年內死亡之死亡率也逐漸下降。推測因自 2008 年起 HIV 新增通報病例中感染途徑由注射藥癮轉變為男男性行為，因感染人數增加連帶影響死亡人數增加，但死亡率卻逐年遞減的現象。

因過去許多個案之死亡診斷並非由醫療院所開立，而是以行政或司法相驗的方式由衛生所或地方法院檢察署開立，又個案在判定死因時缺少病歷資料輔助，增加正確地判別死因的困難度，也使無法判定或不詳的比例較高。故自 2012 年起，死因判定的流程由本署防疫醫師調閱病歷審查改為由開立死診醫師直接判定，以減少無法正確辨別死因之個案。

(二) 愛滋病毒感染者長期醫療費用分析

本計畫針對 2010 年至 2015 年上半年度 HIV 個案就醫行為分析，結果皆呈現 90% 以上的病患合理就醫診療，少數個案有高就醫診次、高醫療費用、高 HAART 用藥品項的醫療行為。顯示若個案願意就醫，經由醫護人員與個案管理師的衛教與輔導，其後續就會規則就醫，以至於能控制病情不至於惡化及發生伺機性感染，因而降低醫療成本的支出。同時疾管署亦對健保資料進行抽查，針對健保資料中不合理的就醫狀況進行病歷的審查，並將審查結果回饋醫院以做為醫院在醫療行為改善之依據。

在 HIV 病程發展分析結果顯示，自 1995 年起診斷後一年內發展為 AIDS 之發病率有緩慢下降，特別是在 2004 年至 2006 年。這三年發病率約在 11%-16%，爾後又再上升至 26%-34%，2013 年為 34.2%。但是我們區分不同危險因子的發病率來看，注射藥癮者與血友病的發病率顯著低於其他危險因子之發病率，僅有 3%-4%；再加上注射藥癮者之 HIV 個案在 2004 年至 2006 年成為國內主要的通報個案，因此在這三年整體之 AIDS 發病率被大量的藥癮愛滋個案稀釋，才會出現大幅度下降的趨勢。此外依據 AIDS 發病率趨勢顯示，藥癮愛滋個案能在感染 HIV 的早期就被診斷並接受醫療照護，而延緩 AIDS 的發生，主要是疾管署聯合矯正機關自 1990 年起進行監所個案篩檢政策的成效。而經由性行為感染 HIV 之個案仍有三到四成是在病程的晚期被診斷，導致診斷後一年內即發展為 AIDS。為了能使這類個案主動篩檢，並接受治療而延緩 AIDS 的發生，進而降低醫療成本的支出，因此我們藉由推動匿名篩檢與網際網路匿名接觸者資料，讓對自

身健康有疑慮或曾有高風險行為的族群能至醫院篩檢，若篩檢結果有異將轉介就醫，將疾病傳播之風險降低。

除了希望 HIV 感染者能早期診斷以外，更希望感染者能定期追蹤檢驗數值，當發現 CD4 免疫球數較低或體內病毒量高時而需要開始服藥時，能立即治療，若未能持續監控身體狀況與適時接受治療，雖一開始無異狀，但隨著時間演進與感染者免疫力下降，仍然會進展成 AIDS，因此無論感染者是否需要服藥治療均應定期追蹤檢驗，以免發生伺機性感染或發病，進而影響患者之健康與生活品質更增加醫療費用的支出，此外，本國人口中，排除出境與死亡者，2014 年通報人口為 22,270 人，但 2014 年約有 2,310 人未曾就醫或追蹤病程，其中又以注射藥癮者最為大宗，為防範愛滋病毒之傳播，這將是另一個迫切需解決的難題。

（三）愛滋個案管理績效指標分析

目前指定醫院的必收個案納管情況相較於 2013 年、2014 年已有提升，挑選北、中、南及東部地區各一家指定醫院調查必收個案未納管原因，多數表示主要原因為無法聯絡上個案，其次是評估後擬收案，顯見加強公衛端失聯個案追蹤及衛教個案返診定期檢查部分仍須加強與努力，另外應設法提升指定醫院對必收個案之評估與辨識能力。

個管資料亦顯示，加入個管計畫之個案經由醫護人員與個案管理師的衛教與輔導，無論是在就醫規律性、服藥順從性的控制有較好的結果，其亦能有效的降低危險性行為的發生及性病的再次感染率，顯見本計畫無論是在協助就醫上及改變行為上均有其重要性，並應於未來加強新通報感染者之收案管理，以提升其規則性就醫，定期接受衛

教諮詢，以至於能控制病情不至於惡化及產生伺機性感染，並有效控制病毒的散播。

由感染者個案管理第一次至第五次訪視紀錄單資料分析可見，指定醫院個案管理對感染者第一次及第二次的訪視之結果影響最鉅，其後即能使個案維持良好的狀況。由分析資料顯示，對於感染者給予為期 1 至 2 年的個案管理輔導應足夠充分可以培養感染者自我照護之能力，因此愛滋病個案管理計畫將持續朝向穩定個案予以結案之方向努力，使個案管理量能得以充分使用在新通報個或必收個案服務上。

(四) 愛滋病毒感染者延遲診斷之危險因子分析

本研究之限制為 2010 年至 2014 年之延遲診斷感染者計 3,484 人，而填答延遲診斷人口行為調查之問卷之個案僅有 1,623 人(46.6%)，每年約有 300 多人填寫，此外延遲診斷人口行為調查之問卷僅能針對延遲診斷且存活之感染者，無法適用於死亡後才通報之延遲診斷感染者。為檢驗個案回答之內容，針對「通報 HIV 前是否有進行其他篩檢經驗」與個案管理系統上登錄之資料交叉比對後發現，僅有 70% 的填答資料相符，實際上延遲診斷通報前曾進行篩檢的比率較問卷調查的 31.13% 低，實際上僅有 20.7% 之感染者在通報前曾篩檢。此外感染 HIV 之風險因子中，經由異性間性行為而感染之男性有 76.5% 為未婚(927 人)，但 2010 年至 2014 年通報之女性感染者僅有 327 人，二者間人數的差距約為 3 倍，表示自稱經由異性間性行為而感染的未婚男性中，可能有部分為男男性行為者。這些不願亦坦承自己性向的感染者，多為擔心他人歧視眼光，也不願意透露實際之接觸對象，因此應積極宣導去歧視教育，以利後續疫情防堵與追蹤。

近年來統計本國籍新通感染者大約有 30% 為延遲診斷之感染者，分析延遲診斷人口行為調查後發現，延遲診斷者經常有不安全之性行為，卻又心存僥倖的認為自己不可能感染或是不想面對自己可能被感染的事實，存在著逃避的心理；感染者被通報之篩檢亦是因病就醫時，醫師建議篩檢後才發覺已感染，已錯失早期治療之時機。此外，個案再通報前一年中，以曾被診斷有呼吸系統疾病者為多數，因此可以建議胸腔內科、家醫科及耳鼻喉科醫師對疑似感染之患者，詢問其篩檢之意願。

另，本研究結果與國外研究結果均表示延遲診斷感染者後續之預後較差、發生伺機性感染甚至是死亡之機率較高，因此必須持續宣導高風險族群對疾病認之之重要性、加強接觸者追蹤，協助感染者早期診斷早期治療。

(五) 愛滋病毒感染者就醫行為與醫療服務利用之分析

2014 年底本國籍感染者之年度就醫率已達到 90%，反之仍有 10% 之感染人口當年度未曾就醫，其中又以注射藥癮者占多數。雖疾管署聯合矯正機關自 1990 年起進行監所個案篩檢政策、2004 年施行之毒癮戒治門診篩檢及毒癮嫌犯篩檢，使得大多數感染 HIV 之藥癮者能被篩檢並通報相關衛生單位，但分析藥癮感染者之年度就醫率發現約有 30% 之藥癮感染者無就醫紀錄，因此應加強藥癮者在出獄以後之醫療銜接。

藉由 WORKBOOK 以 2014 年台灣地區人口中之 15-49 歲人口數、高危險族群人口數、注射藥癮者、男性間性行為者、性工作者、嫖客人數推估 2014 年本國籍感染者為 32,000 人，但統計 2014 年本國籍

已通報之存活感染者為 24,073 人，占推估人口之 75%，表示約有 25% 之感染者未被通報，為了使冰山下之感染者人數降低，因此需要積極的進行接觸者追蹤、提高感染者之就醫率與測不出病毒量之比率，以防止疫情之擴散。

結論

疾管署於愛滋病的防治與醫療服務上有多層面的防治策略，不管是個案的衛教、減害計畫、個案管理計畫以及愛滋病醫療費用的支付上皆有相關措施，故本計畫藉由疾管署疫情調查資料庫、個案就醫健保資料庫以及個案管理計畫資料庫等，進行整合性分析。可以發現因注射藥癮感染 HIV 個案，這群個案屬於社會邊緣族群，並不願意暴露於公眾場合或主動尋求協助，反而當個案入監服刑才有更多機會接觸衛教宣導、就醫及其他協助資源，這將是防疫上一大難題與挑戰。此外，若感染者能夠接受個案管理或按時就醫，經由醫護人員與個案管理師的衛教與輔導，其後續就會規則就醫，以至於能控制病情不至於惡化及產生伺機性感染，因而降低醫療成本的支出。未來愛滋個管體系將由醫院個管為主體，對於已由醫院管理之穩定就醫個案，衛生局無須重複訪視追蹤。而針對未定期就醫或失聯之個案，衛生局應利用相關行政資源搜尋個案回到醫療體系。對於醫療利用的部分，HAART 藥物確實延長了感染者的壽命與生活品質，但隨者感染者存活年數的增加，醫療費用也相對的增加，故未來如何同時兼顧病人的治療權益及醫療費用合理控制，將是我們未來需要重視的議題。

圖表

表 1-1 HIV 感染者年度死因分析及通報後一年內死亡者死因分析

年度死因分析	2009 年		2010 年		2011 年		2012 年		2013 年		2014 年		2015 年(1-6 月)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
AIDS 相關死亡	108	31	125	36	152	35	133	31	116	28	129	31	47	30
非 AIDS 相關死亡*	107	31	95	27	131	30	171	39	166	41	171	41	61	39
事故傷害或自殺#	77	22	79	23	52	12	61	14	64	16	59	14	10	6
不詳或無法判定\$	54	16	48	14	101	23	68	16	63	15	60	14	38	24
總計死亡人數	346		347		436		433		409		419		156	

一年內死因分析	2009 年		2010 年		2011 年		2012 年		2013 年		2014 年		2015 年(1-6 月)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
AIDS 相關死亡	46	50	54	67	60	60	65	64	60	71	54	65	17	57
非 AIDS 相關死亡*	25	27	15	19	21	21	19	19	17	20	17	20	6	20
事故傷害或自殺#	8	9	7	9	2	2	7	7	1	1	5	6	1	3
不詳或無法判定	13	14	5	6	17	17	10	10	6	7	7	8	6	20
總計	92		81		100		101		84		83		30	
一年內死亡人數比例	5.60%		4.51%		5.08%		4.55%		3.74%		3.71%		2.66%	
本國籍感染 HIV 人數	1,643		1,795		1,968		2,221		2,244		2,236		1,126	

註：

*非 AIDS 相關死亡：如惡性腫瘤、心臟病等。

#事故傷害：如車禍、藥物中毒等。

\$不詳或無法判定：到院前死亡、自宅行政相驗、解剖鑑定中等。

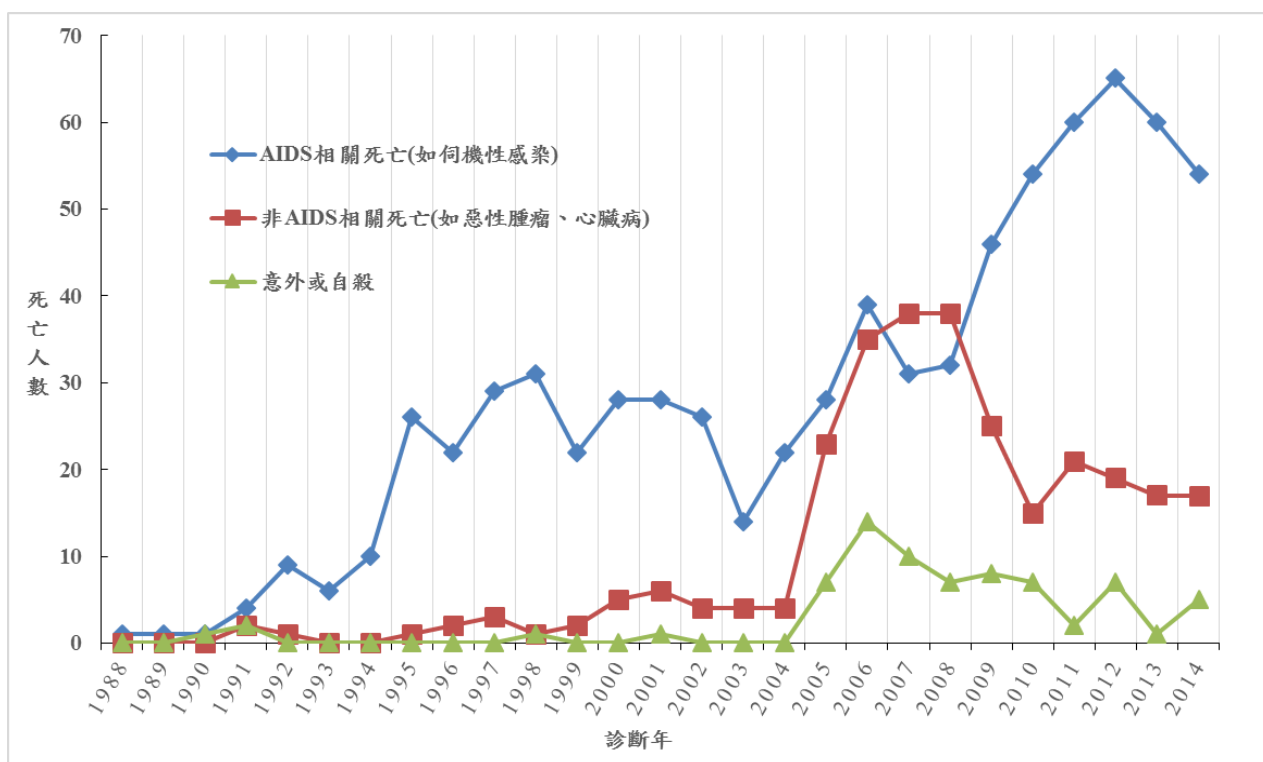


圖 1-1 通報 HIV 後於一年內死亡者之死因分類趨勢

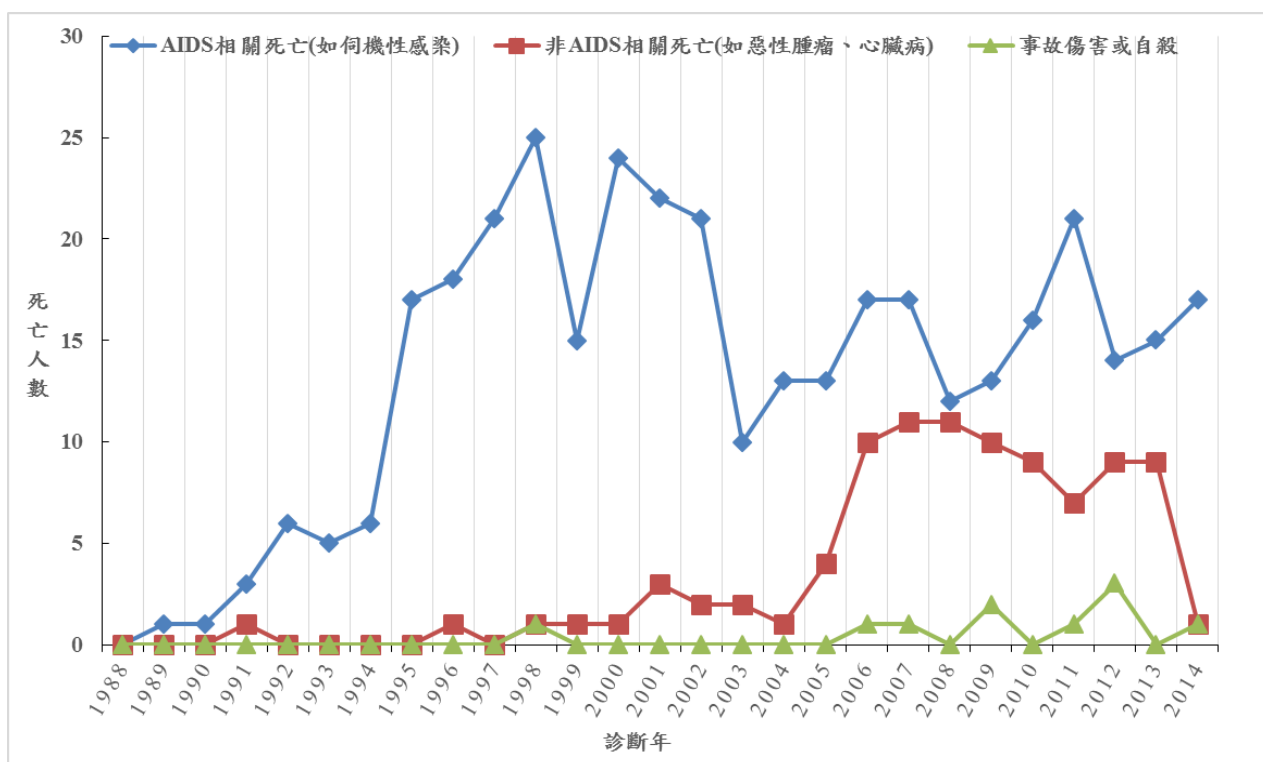


圖 1-2 異性間性行為者通報 HIV 後於一年內死亡者之死因分類趨勢

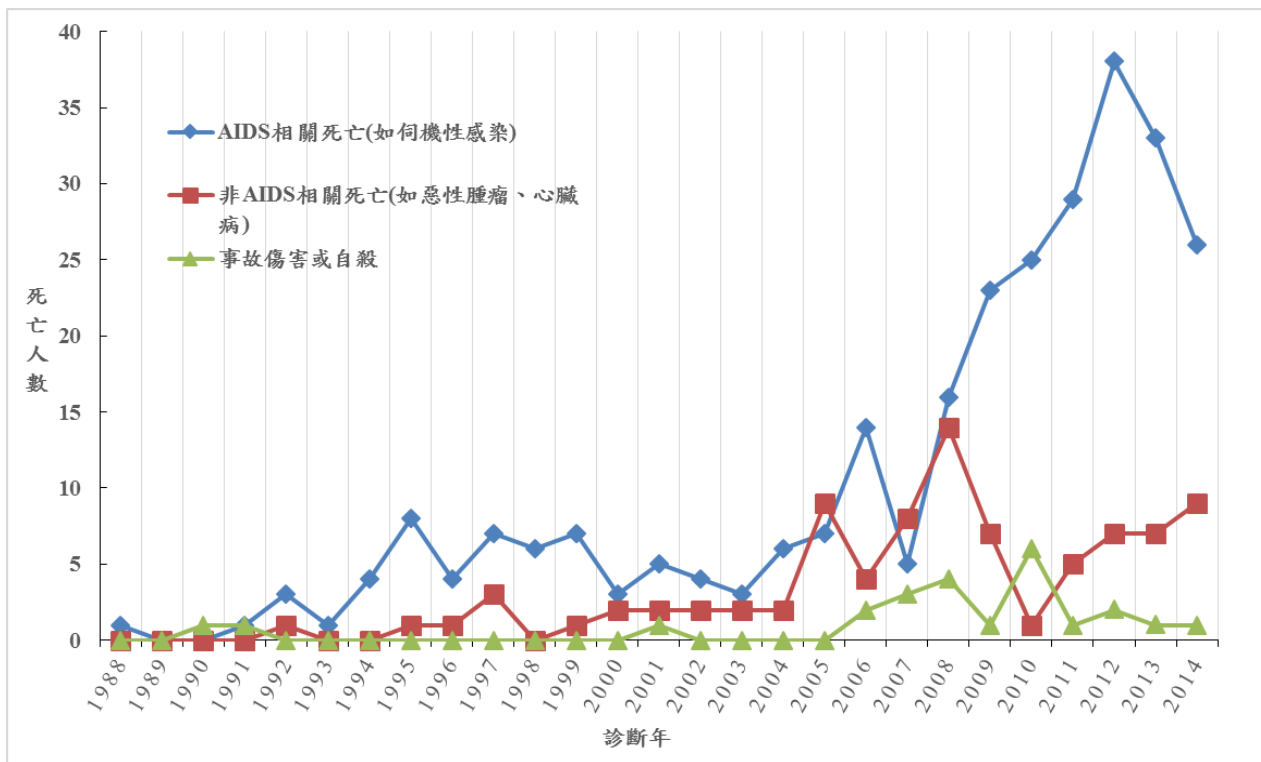


圖 1-3 男男間性行為者通報 HIV 後於一年內死亡者之死因分類趨勢

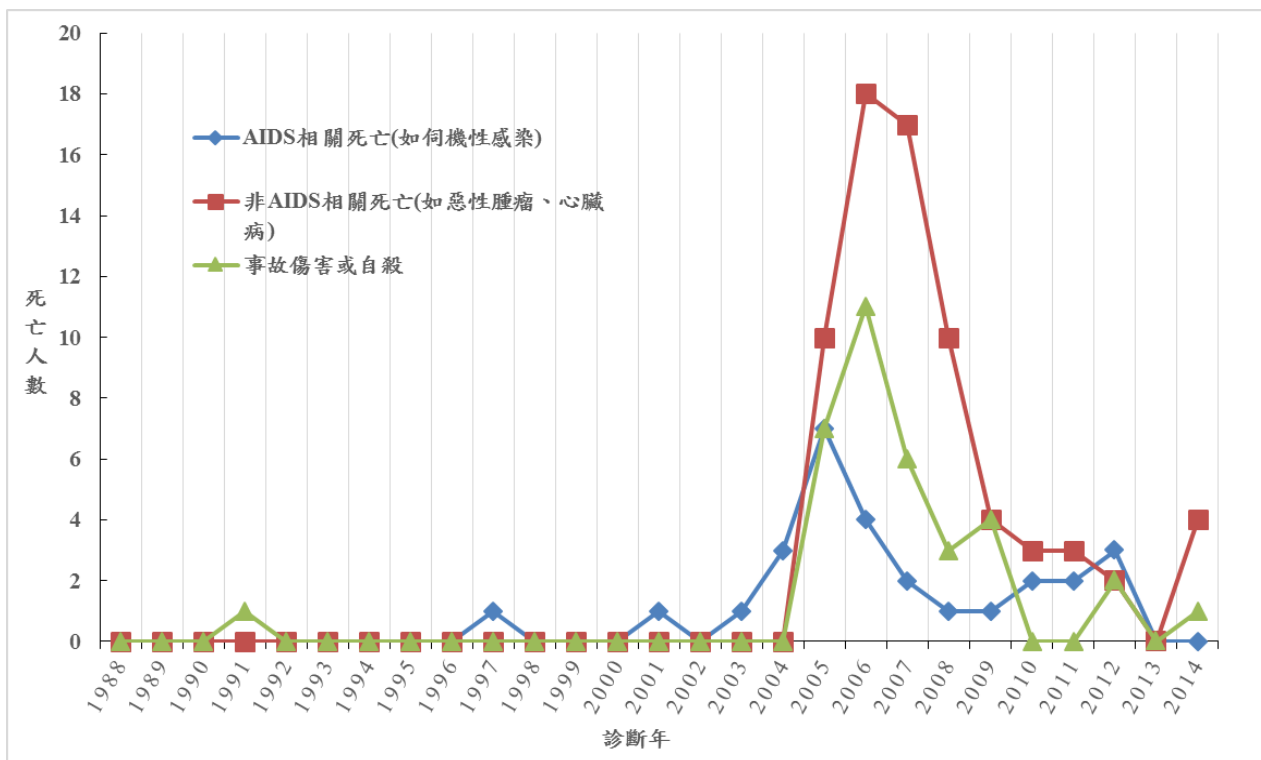


圖 1-4 注射藥癮者通報 HIV 後於一年內死亡者之死因分類趨勢

表 1-2 通報 HIV 後一年內即死亡者之死因分布狀況(依性別分類)

死亡原因\性別	女		男		合計
	人數	%	人數	%	人數
AIDS 相關死亡	17	57	293	65	308
非 AIDS 相關死亡*	11	37	84	19	88
事故傷害或自殺#	1	3	22	5	7
不詳或無法判定\$	1	3	50	11	15
總計	30	100	449	100	479

註：統計時間從 1988 年至 2014 年。

*非 AIDS 相關死亡:如惡性腫瘤、心臟病等。

#事故傷害:如車禍、藥物中毒等。

\$不詳或無法判定：到院前死亡、自宅行政相驗、解剖鑑定中等。

表 1-3 通報 HIV 後一年內即死亡者之死因分布狀況(依年齡層分類)

死亡原因\年齡層	19 歲以下		20-39 歲		40-59 歲		60 歲以上		合計
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數
AIDS 相關死亡	2	100	138	67	133	65	37	55	310
非 AIDS 相關死亡*	0	0	27	13	46	23	22	33	95
事故傷害或自殺#	0	0	14	7	9	4	0	0	23
不詳或無法判定\$	0	0	27	13	16	8	8	12	51
總計	2	100	206	100	204	100	67	100	479

註：統計時間從 1988 年至 2014 年。

*非 AIDS 相關死亡:如惡性腫瘤、心臟病等。

#事故傷害:如車禍、藥物中毒等。

\$不詳或無法判定：到院前死亡、自宅行政相驗、解剖鑑定中等。

表 1-4 通報 HIV 後一年內即死亡者之死因分布狀況(依感染途徑分類)

死亡原因\感染途徑	男男間性行為		異性間性行為		IDU ^{\$}		其他		合計
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數
AIDS 相關死亡	163	72	84	62	8	25	55	65	310
非 AIDS 相關死亡*	30	13	38	28	12	38	15	18	95
事故傷害或自殺#	12	5	5	4	3	9	3	4	23
不詳或無法判定\$	21	9	9	7	9	28	12	14	51
總計	226	100	136	100	32	100	85	100	479

註：統計時間從 1988 年至 2014 年。

*非 AIDS 相關死亡:如惡性腫瘤、心臟病等。

#事故傷害:如車禍、藥物中毒等。

\$不詳或無法判定：到院前死亡、自宅行政相驗、解剖鑑定中等。

^{\$}注射藥癮者 (Injecting Drug User)

表 2-1 醫療費用概況

	2010 年 1-6 月		2011 年 1-6 月		2012 年 1-6 月		2013 年 1-6 月		2014 年 1-6 月		2015 年 1-6 月	
當年度通報存活人口數*	16,377		17,823		19,492		21,407		23,175		24,985	
醫療使用狀況												
總就醫人數(%)	12,634	77.14%	13,959	78.32%	15,704	80.57%	17,619	82.30%	19,591	84.54%	21,436	85.80%
服用 HAART 個案人數(%)	7,802	47.64%	9,327	52.33%	11,084	56.86%	13,250	61.90%	15,885	68.54%	18,280	73.16%
服用 2 線藥個案人數(%)	52	0.32%	77	0.43%	65	0.33%	69	0.32%	74	0.32%	71	0.28%
費用總金額(億)	10.79		12.88		14.85		16.37		17.14		17.44	
HAART 藥品費用(億)(%)	8.84	81.95%	10.68	82.94%	12.58	84.72%	14.08	86.01%	14.65	85.50%	14.59	83.66%
2 線藥費用(億)(%)	0.07	0.63%	0.15	1.18%	0.10	0.70%	0.10	0.63%	0.11	0.62%	0.11	0.62%
門診												
門診費用(億)	9.96		11.94		13.96		15.77		16.30		16.67	
門診就醫歸戶人數	12,550		13,877		15,627		17,579		19,532		21,382	
累計門診就診次數(人次)	57,886		68,605		80,589		95,554		111,203		126,194	
每人平均就診次數	4.61		4.94		5.16		5.44		5.69		5.90	
每次就診平均費用	18,727		17,402		17,328		16,505		14,658		12,916	
以健保方式就醫費用(億)	8.86		10.48		12.43		15.21		16.09		16.51	
以無健保方式就醫費用(億)	1.09		1.46		1.53		0.55		0.21		0.16	
住院												
住院費用(億)	0.83		0.94		0.89		0.60		0.84		0.76	
住院就醫人數歸戶	512		558		510		326		343		355	
累計住院次數(人次)	627		765		657		384		432		459	
平均住院天數(天)	18.16		18.80		18.60		21.73		23.70		21.24	
每次住院費用平均	132,391		132,654		143,190		156,992		194,215		174,027	
以健保方式就醫費用(億)	0.76		0.89		0.85		0.59		0.82		0.76	
以非健保方式就醫費用(億)	0.07		0.05		0.04		0.02		0.02		0.00	

註：*取自 99 至 104 年度 6 月份之疾病管制署『HIV/AIDS 統計月報表』。

表 2-2 2010-2015 年 1-6 月就診人口之門診醫療費用歸人後分布情形

門診 醫療費用 (單位： 萬)	2010 年 1-6 月		2011 年 1-6 月		2012 年 1-6 月		2013 年 1-6 月		2014 年 1-6 月		2015 年 1-6 月													
	服藥	%	非服藥	%	服藥	%	非服藥	%	服藥	%	非服藥	%												
<5	470	6.1	4,802	100	649	7.0	4,549	100	710	6.4	4,543	100	909	6.9	4,360	100	1,364	8.6	3,701	100	3,022	16.6	3,142	100
5-15	5,680	73.3	-	-	6,855	73.5	1	0.0	8,569	77.3	-	-	10,901	82.5	-	-	13,690	86.5	-	-	14,487	79.4	-	-
15-25	1,559	20.1	-	-	1,741	18.7	-	-	1,744	15.7	-	-	1,356	10.3	-	-	723	4.6	-	-	683	3.7	-	-
25-30	18	0.2	-	-	27	0.3	-	-	26	0.2	-	-	21	0.2	-	-	20	0.1	-	-	23	0.1	-	-
30-35	7	0.1	-	-	18	0.2	-	-	19	0.2	-	-	15	0.1	-	-	10	0.1	-	-	13	0.1	-	-
35-40	9	0.1	-	-	21	0.2	-	-	8	0.1	-	-	9	0.1	-	-	14	0.1	-	-	6	0.0	-	-
40-45	3	0.0	-	-	10	0.1	-	-	4	0.0	-	-	5	0.0	-	-	5	0.0	-	-	2	0.0	-	-
45-50	1	0.0	-	-	5	0.1	-	-	2	0.0	-	-	2	0.0	-	-	3	0.0	-	-	2	0.0	-	-
50-100	1	0.0	-	-	1	0.0	-	-	2	0.0	-	-	-	-	-	-	2	0.0	-	-	2	0.0	-	-
100-150	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
150-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
總計人數	7,748		4,802		9,327		4,550		11,084		4,543		13,219		4,360		15,831		3,701		18,240		3,142	
平均費用	123,888		7,495		124,352		7,474		122,956		7,382		116,778		7,670		102,985		7,726		90,102		7,607	
費用範圍 (最小值)	5,175		120		3,488		120		4,064		120		3,207		222		1,303		120		2,017		228	
費用範圍 (最大值)	516,053		33,724		524,611		119,158		519,006		29,346		1,060,538		30,692		699,680		35,651		608,945		47,325	

表 2-3 2010-2015 年 1-6 月就診人口之住診醫療費用歸人後分布情形

住診 醫療費用 (單位： 萬)	2010 年 1-6 月		2011 年 1-6 月		2012 年 1-6 月		2013 年 1-6 月		2014 年 1-6 月		2015 年 1-6 月													
	服藥	%	非服藥	%	服藥	%	非服藥	%	服藥	%	非服藥	%												
<5	124	29.0	40	47.1	134	26.6	26	47.3	143	30.8	26	56.5	69	22.7	9	40.9	59	17.9	3	21.4	50	15.3	7	25.0
5-15	158	37.0	30	35.3	195	38.8	18	32.7	167	36.0	11	23.9	125	41.1	6	27.3	123	37.4	5	35.7	131	40.1	8	28.6
15-25	57	13.3	5	5.9	71	14.1	5	9.1	57	12.3	3	6.5	50	16.4	4	18.2	54	16.4	2	14.3	60	18.3	1	3.6
25-30	19	4.4	5	5.9	19	3.8	3	5.5	24	5.2	2	4.3	10	3.3	-	-	11	3.3	1	7.1	18	5.5	3	10.7
30-35	9	2.1	3	3.5	17	3.4	2	3.6	8	1.7	1	2.2	8	2.6	2	9.1	19	5.8	1	7.1	14	4.3	4	14.3
35-40	9	2.1	-	-	13	2.6	-	-	12	2.6	2	4.3	7	2.3	-	-	11	3.3	1	7.1	11	3.4	1	3.6
40-45	11	2.6	-	-	12	2.4	-	-	10	2.2	-	-	7	2.3	-	-	9	2.7	-	-	8	2.4	-	-
45-50	6	1.4	-	-	10	2.0	-	-	4	0.9	1	2.2	3	1.0	-	-	8	2.4	1	7.1	5	1.5	1	3.6
50-100	28	6.6	2	2.4	27	5.4	1	1.8	31	6.7	-	-	19	6.3	1	4.5	25	7.6	-	-	26	8.0	3	11
100-150	4	0.9	-	-	3	0.6	-	-	5	1.1	-	-	4	1.3	-	-	5	1.5	-	-	1	0.3	-	-
150-	2	0.5	-	-	2	0.4	-	-	3	0.6	-	-	2	0.7	-	-	5	1.5	-	-	3	0.9	-	-
總計人數	427		85		503		55		464		46		304		22		329		14		327		28	
平均費用	175,238		96,155		175,826		98,697		181,546		94,874		187,725		146,059		247,568		175,064		216,163		201,344	
費用範圍 (最小值)	3,963		5,044		1,800		8,568		5,302		8,764		6,857		5,328		13,672		13,772		6,499		26,807	
費用範圍 (最大值)	1,927,422		945,213		1,707,968		759,181		2,839,906		450,206		1,696,077		800,177		5,482,778		464,324		4,431,336		640,501	

表 2-4 門診人次分布

就診 次數	2010年1-6月		2011年1-6月		2012年1-6月		2013年1-6月		2014年1-6月		2015年1-6月													
	服藥	%	非服藥	%	服藥	%	非服藥	%	服藥	%	非服藥	%												
1次	108	1.4	2,441	50.8	146	1.6	2,145	47.1	145	1.3	2,317	51.0	153	1.2	2,281	52.3	196	1.2	1,953	52.8	189	1.0	1,722	54.8
2次	194	2.5	1,525	31.8	240	2.6	1,608	35.3	264	2.4	1,370	30.2	303	2.3	1,338	30.7	402	2.5	1,105	29.9	432	2.4	905	28.8
3次	272	3.5	498	10.4	360	3.9	473	10.4	377	3.4	511	11.2	379	2.9	394	9.0	476	3.0	360	9.7	523	2.9	282	9.0
4次	401	5.2	250	5.2	418	4.5	240	5.3	507	4.6	266	5.9	555	4.2	249	5.7	626	4.0	212	5.7	757	4.2	176	5.6
5次	736	9.5	56	1.2	740	7.9	58	1.3	802	7.2	57	1.3	961	7.3	67	1.5	1,090	6.9	42	1.1	1,321	7.2	35	1.1
6次	2,179	28.1	19	0.4	2,484	26.6	14	0.3	2,908	26.2	15	0.3	3,168	24.0	19	0.4	3,979	25.1	18	0.5	4,546	24.9	8	0.3
7次	2,139	27.6	8	0.2	2,584	27.7	7	0.2	3,116	28.1	4	0.1	3,955	29.9	7	0.2	4,668	29.5	3	0.1	5,495	30.1	6	0.2
8次	1,063	13.7	3	0.1	1,471	15.8	3	0.1	1,868	16.9	1	0.0	2,326	17.6	2	0.0	2,780	17.6	5	0.1	3,128	17.1	3	0.1
9次	447	5.8	2	0.0	596	6.4	-	-	740	6.7	-	-	952	7.2	1	0.0	1,072	6.8	1	0.0	1,221	6.7	3	0.1
10次	141	1.8	-	-	177	1.9	1	0.0	239	2.2	-	-	314	2.4	1	0.0	339	2.1	1	0.0	423	2.3	-	-
11次	30	0.4	-	-	48	0.5	-	-	71	0.6	1	0.0	69	0.5	-	-	117	0.7	1	0.0	114	0.6	1	0.0
12次	18	0.2	-	-	25	0.3	-	-	22	0.2	1	0.0	40	0.3	-	-	39	0.2	-	-	34	0.2	1	0.0
13次以上	20	0.3	-	-	38	0.4	1	0.0	25	0.2	-	-	44	0.3	1	0.0	47	0.3	-	-	57	0.3	-	-
總人數	7,748		4,802		9,327		4,550		11,084		4,543		13,219		4,360		15,831		3,701		18,240		3,142	

表 2-5 個案歸戶 CD4 檢測次數分布

門診 CD4 檢測 次數	2010 年 1-6 月		2011 年 1-6 月		2012 年 1-6 月		2013 年 1-6 月		2014 年 1-6 月		2015 年 1-6 月	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
1 次	8,187	69.25	8,899	69.40	10,260	71.44	11,482	70.10	12,660	69.67	14,103	71.63
2 次	3,303	27.94	3,585	27.96	3,746	26.08	4,420	26.98	4,889	26.90	5,011	25.45
3 次	310	2.62	315	2.46	329	2.29	444	2.71	590	3.25	544	2.76
4 次	19	0.16	19	0.15	25	0.17	25	0.15	23	0.13	24	0.12
5 次	4	0.03	5	0.04	2	0.01	3	0.02	6	0.03	6	0.03
大於 5 次	-	-	-	-	-	-	6	0.04	4	0.02	0	0.00
總人數	11,823	100	12,823	100	14,362	100	16,380	100	18,172	100	19,688	100

表 2-6 個案歸戶之病毒量檢測次數分布

門診 病毒量 檢測次數	2010 年 1-6 月		2011 年 1-6 月		2012 年 1-6 月		2013 年 1-6 月		2014 年 1-6 月		2015 年 1-6 月	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
1 次	8,140	69.30	8,742	69.83	10,163	71.03	11,377	69.36	12,581	69.08	14,024	70.95
2 次	3,298	28.08	3,474	27.75	3,733	26.09	4,513	27.51	4,945	27.15	5,097	25.79
3 次	285	2.43	285	2.28	390	2.73	471	2.87	642	3.53	616	3.12
4 次	21	0.18	16	0.13	19	0.13	34	0.21	32	0.18	23	0.12
5 次	2	0.02	2	0.02	3	0.02	3	0.02	7	0.04	6	0.03
大於 5 次	-	-	-	-	-	-	6	0.04	4	0.02	1	0.01
總人數	11,746	100	12,519	100	14,308	100	16,404	100	18,211	100	19,767	100

表 2-7 個案門診 HAART 年度累計用藥組合分布

HAART 用藥成分	2010 年 1-6 月		2011 年 1-6 月		2012 年 1-6 月		2013 年 1-6 月		2014 年 1-6 月		2015 年 1-6 月	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
1 種	1	0.0	3	0.0	4	0.0	4	0.0	71	0.5	4	0.0
2 種	28	0.4	44	0.5	44	0.4	44	0.3	60	0.4	49	0.3
3 種	4530	58.5	5490	58.9	6673	60.2	8344	63.1	10255	64.8	11663	63.9
4 種	2746	35.4	3255	34.9	3665	33.1	4086	30.9	4586	29.0	5249	28.8
5 種	279	3.6	379	4.1	461	4.2	515	3.9	588	3.7	908	5.0
6 種	125	1.6	122	1.3	185	1.7	181	1.4	201	1.3	262	1.4
7 種	32	0.4	29	0.3	46	0.4	35	0.3	55	0.4	82	0.5
8 種	5	0.1	5	0.1	4	0.0	9	0.1	15	0.1	14	0.1
9 種	2	0.0	0	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0.0	9	0.1
10 種	0	0.0	0	0.0	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
總人數	7,748	100	9,327	100	11,084	100	13,219	100	15,831	100	18,240	100

表 2-8 一線藥使用者與二線藥使用者每月醫療費用分布狀況

每月醫療費用 (元)	2010年1-6月		2011年1-6月		2012年1-6月		2013年1-6月		2014年1-6月		2015年1-6月	
	人數	%	人數	%	人數	人數	%	%	人數	%	人數	%
一線藥使用者												
<20000	1,217	15.81	1,463	15.82	1,964	17.82	3,707	28.12	8,827	55.83	11,932	65.53
20000-30000	5,499	71.45	6,563	70.95	7,931	71.98	8,410	63.80	6,103	38.60	5,467	30.02
30000-	980	12.73	1,224	13.23	1,124	10.20	1,064	8.07	881	5.57	810	4.45
總計	7,696	100	9,250	100	11,019	100	13,181	100	15,811	100	18,209	100
二線藥^a使用者												
<50000	38	73.08	35	45.45	37	56.92	47	68.12	54	72.97	52	73.24
50000-70000	9	17.31	31	40.26	22	33.85	19	27.54	17	22.97	15	21.13
70000-	5	9.62	11	14.29	6	9.23	3	4.35	3	4.05	4	5.63
總計	52	100	77	100	65	100	69	100	74	100	71	100

註^a：.第二線抗人類免疫缺乏病毒藥品包括 Aptivus Capsules 250MG、Fuzeon lyophilized vials 90mg/mL、Prezista film coated tablets 300mg、**Prezista Tablets 600mg**、**Intelence Tablets 100mg 及 200mg**、Truvada Tablets、Celsentri Film-Coated Tablets 150mg 及 300mg。(粗體字為現存二線藥品，二線藥品認列時程請參閱附件五)

表 2-9 HAART 與非 HAART 費用分布

	2010年1-6月	2011年1-6月	2012年1-6月	2013年1-6月	2014年1-6月	2015年1-6月
總費用(億)	10.79	12.88	14.85	16.37	17.14	17.44
藥品費(億)	9.28	11.30	13.12	14.64	15.24	15.17
HAART 用藥費用(億)	8.84	10.68	12.58	14.08	14.65	14.59
HAART 二線藥費用 ^a	6,775,690	15,216,662	10,395,236	15,429,646	10,643,756	6,775,690
非 HAART 藥品費用	37,146,011	46,845,806	43,959,771	40,764,701	48,070,195	51,118,402

註^a：.第二線抗人類免疫缺乏病毒藥品包括 Aptivus Capsules 250MG、Fuzeon lyophilized vials 90mg/mL、Prezista film coated tablets 300mg、**Prezista Tablets 600mg**、**Intelence Tablets 100mg 及 200mg**、Truvada Tablets、Celsentri Film-Coated Tablets 150mg 及 300mg。(粗體字為現存二線藥品，二線藥品認列時程請參閱附件五)

表 2-10 伺機性感染用藥與安眠藥之費用

藥品名	2010 年 1-6 月	2011 年 1-6 月	2012 年 1-6 月	2013 年 1-6 月	2014 年 1-6 月	2015 年 1-6 月
伺機性感染用藥						
ganciclovir	4,993,760	8,737,240	6,893,320	8,951,800	11,681,680	10,743,520
amphotericin b	2,935,395	2,164,454	6,080,692	2,553,428	1,655,141	3,585,285
voriconazole	1,154,218	279,634	902,854	1,503,250	1,696,460	2,190,480
fluconazole	4,507,364	5,017,903	3,505,682	3,244,388	3,628,682	2,827,684
flucytosine	474,345	334,739	463,721	374,746	668,980	535,516
valaciclovir	214,579	301,532	339,528	353,280	480,297	434,324
micafungin	331,578	319,806	641,256	218,064	383,145	239,705
famciclovir	235,276	152,353	135,445	116,493	131,450	140,274
itraconazole	447,741	212,885	115,364	94,415	186,039	117,444
小計	15,294,256	17,520,546	19,077,862	17,409,864	20,511,874	20,814,232
安眠藥						
flunitrazepam	147,298	174,829	165,046	163,714	126,920	137,152
zolpidem	369,049	468,585	478,247	417,932	385,761	337,485
小計	516,347	643,414	643,293	581,646	512,681	474,637

表 3-1 103 年及 104 年必收個案納管狀況

103 年必收個案類別	個管中		未個管		小計
	N	%	N	%	N
103 年新通報者	1,129	66.0	581	34.0	1,710
103 年初服藥者	1,219	80.5	296	19.5	1,515
同意使用二線藥者	106	75.7	34	24.3	140
未成年(<20 歲)	83	72.2	32	27.8	115
懷孕個案	5	83.3	1	16.7	6
103 年再通報梅毒者	775	63.2	451	36.8	1,226
103 年再通報淋病者	78	57.8	57	42.2	135
已服藥而未規則回診者	1,249	48.9	1,307	51.1	2,556
總計	3,693	59.7	2,493	40.3	6,186
104 年必收個案類別	個管中		未個管		小計
	N	%	N	%	N
104 年新通報者	1,172	66.48	591	33.52	1,763
104 年初服藥者	1,289	80.50	322	19.50	1,611
同意使用二線藥者	91	72.80	34	27.20	125
未成年(<20 歲)	88	72.20	60	27.80	148
懷孕個案	26	96.30	1	3.70	27
104 年再通報梅毒者	1,310	67.39	634	32.61	1,944
104 年再通報淋病者	120	69.77	52	30.23	172
已服藥而未規則回診者	2,272	52.84	2,028	47.16	4,300
總計	5,188	60.49	3,389	39.51	8,577

表 3-2 個案收案原因 (N=20,771 人次)

收案原因	2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
新通報為 HIV 感染者	0	0.0	511	19.6	763	35.4	650	52.9	1,074	47.8
懷孕之婦女	0	0.0	14	0.5	6	0.3	9	0.7	13	0.6
持續從事危險性行為者 (如多重性伴侶、性行為對象不固定等)	0	0.0	406	15.6	46	2.1	69	5.6	75	3.3
感染後再次感染其他性病者	0	0.0	138	5.3	32	1.5	15	1.2	83	3.7
曾注射、吸食成癮性藥物或曾與人共用針器者	0	0.0	738	28.3	607	28.1	254	20.7	286	12.7
服藥順從性差或未定期回診治療者	2	66.7	448	17.2	197	9.1	106	8.6	235	10.5
接觸者追蹤資料不詳或拒絕提供者	0	0.0	137	5.3	93	4.3	15	1.2	36	1.6
經本局指定之個案 (醫院不得拒絕)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
精神病患	0	0.0	1	0.0	4	0.2	4	0.3	15	0.7
遊民	0	0.0	0	0.0	2	0.1	3	0.2	5	0.2
延遲診斷病人 (通報後一年內即發病之個案)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	77	3.4
使用二線藥物之個案：本局指定為必收案對象	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	16	0.7
非上述收案原因，但經評估需收案管理者	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	586	26.1
總計	3	100.0	2,605	100.0	2,158	100.0	1,229	100.0	2,247	100.0

表 3-2 個案收案原因 (N=20,771 人次) (續)

收案原因	2011		2012		2013		2014		2015		總計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
新通報為 HIV 感染者	1,025	48.2	1,448	55.6	1,551	58.0	1,710	57.3	1,201	56.1	9,933	47.8
懷孕之婦女	20	0.9	15	0.6	11	0.4	15	0.5	18	0.8	121	0.6
持續從事危險性行為者 (如多重性伴侶、性行為對象不固定等)	152	7.1	241	9.2	243	9.1	295	9.9	141	6.6	1,668	8.0
感染後再次感染其他性病者	45	2.1	77	3.0	86	3.2	119	4.0	120	5.6	715	3.4
曾注射、吸食成癮性藥物或曾與人共用針器者	397	18.7	351	13.5	338	12.6	380	12.7	210	9.8	3,561	17.1
服藥順從性差或未定期回診治療者	251	11.8	283	10.9	281	10.5	412	13.8	257	12.0	2,472	11.9
接觸者追蹤資料不詳或拒絕提供者	77	3.6	72	2.8	72	2.7	124	4.2	269	12.6	895	4.3
經本局指定之個案 (醫院不得拒絕)	8	0.4	15	0.6	16	0.6	8	0.3	10	0.5	57	0.3
精神病患	12	0.6	25	1.0	13	0.5	18	0.6	18	0.8	110	0.5
遊民	3	0.1	1	0.0	3	0.1	3	0.1	2	0.1	22	0.1
延遲診斷病人 (通報後一年內即發病之個案)	129	6.1	161	6.2	188	7.0	219	7.3	139	6.5	913	4.4
使用二線藥物之個案：本局指定為必收案對象	28	1.3	5	0.2	4	0.1	4	0.1	5	0.2	62	0.3
非上述收案原因，但經評估需收案管理者	406	19.1	429	16.5	307	11.5	0	0.0	0	0.0	1,728	8.3
總計	2,126	100.0	2,606	100.0	2,672	100.0	2,984	100.0	2,141	100.0	20,771	100.0

表 3-3 基本人口學分布(2014 年至 2015 年初收問卷, N=5,124 人次)

分析項目	N	%	分析項目	N	%
性別			職業		
男	4,910	95.80	工	486	9.48
女	214	4.18	公	82	1.60
年齡分組			其他	266	5.19
0-9 歲	0	0.00	性工作者	6	0.12
10-19 歲	40	0.78	服務業 (不含性工作者)	2,100	40.98
20-29 歲	1,947	38.00	軍	65	1.27
30-39 歲	1,896	37.00	家管	23	0.45
40-49 歲	821	16.02	商	300	5.85
50-59 歲	332	6.48	專門技術	437	8.53
60-69 歲	66	1.29	無業	785	15.32
70-79 歲	17	0.33	農	53	1.03
80 歲以上	5	0.10	運輸業	45	0.88
教育程度			漁	3	0.06
不識字	11	0.21	學生	447	8.72
國小	84	1.64	不詳	26	0.51
國中	511	9.97	危險因子分布		
高中	1,264	24.67	性行為	4,467	87.18
專科	532	10.38	同性	3,805	74.26
大學	2,398	46.80	雙性	442	8.63
碩士	277	5.41	異性	203	3.96
博士	19	0.37	注射藥癮者	649	12.67
不詳	28	0.55	母子垂直感染	2	0.04
婚姻狀況			不詳	23	0.45
未婚	4,552	88.84	工作情形		
同居	42	0.82	工作不固定	196	3.83
已婚	249	4.86	工作固定	3,594	70.14
分居	19	0.37	不打算工作	262	5.11
鰥寡	22	0.43	待業中	603	11.77
離婚	234	4.57	退休	63	1.23
不詳	6	0.12	被辭退	15	0.29
居住狀況			學生	377	7.36
自己住	1,629	31.79	不詳	14	0.27
居住於民間非政府組織	51	1.00	經濟狀況		
居住於政府社政單位	11	0.21	無經濟問題	3,723	72.66
遊民居無定所	9	0.18	經濟問題可以自行解決	1,320	25.76
團體生活	57	1.11	資源困難	69	1.35
與朋友同住	644	12.57	不詳	12	0.23
與家人同住	2,701	52.71			
不詳	22	0.43			

表 3-4 初收與第一次個管之基本狀況及相關危險行為 (N=3,400 人)

變項	初收		第一次複診		p 值
	人數	百分比	人數	百分比	
完訪人數	3,400	100%	3,400	100%	
健康良好	2,991	87.97	3,265	96.03	<.001
工作固定	2,398	70.78	2,657	78.26	<.001
無經濟問題	2,486	73.33	2,554	75.25	0.142
有伺機性感染	390	11.53	141	4.16	<.001
心理調適良好	2,911	85.84	3,116	91.92	<.001
接受，且配合治療	3,061	90.48	3,215	94.89	<.001
按時服藥 ^註	1,232	85.85	2,397	88.71	<.001
按時就醫	2,380	90.56	3,152	93.20	<.001
家人知情且支持	981	29.11	1,006	29.86	<.001
個案最近三個月有性行為	1,949	57.58	1,114	32.98	<.001
個案最近三個月曾使用成癮藥物	389	11.55	232	6.95	<.001

註：排除不需服藥、今日開始服藥、尚未開始服藥者。初收共計 1,435 人吃藥；複診計有 2,702 人吃藥。

表 3-5 初收至年度個管比較一個案現況及危險行為改變 (N=6,804 人)

變 項	第 1 次訪視		第 2 次訪視		第 3 次訪視		第 4 次訪視		第 5 次訪視	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
個案現況										
健康狀況	5,824	85.6	6,462	95.0	6,558	96.4	6,604	97.1	6,596	96.9
有伺機性感染	766	11.3	264	3.9	176	2.6	109	1.6	121	1.8
工作固定	4,693	69.0	5,020	73.8	5,168	76.0	5,262	77.3	5,323	78.2
無經濟問題	4,407	64.8	4,524	66.5	4,588	67.4	4,592	67.5	4,595	67.5
自己住或跟家人朋友同住	6,697	98.4	6,701	98.5	6,692	98.4	6,679	98.2	6,685	98.3
心理調適良好	5,372	79.0	6,053	89.0	6,189	91.0	6,255	91.9	6,216	91.4
接受疾病，且配合治療	5,776	84.9	6,148	90.4	6,241	91.7	6,295	92.5	6,327	93.0
家人知情且支持	2,471	36.3	2,574	37.8	2,654	39.0	2,659	39.1	2,647	38.9
危險行為改變										
按時服藥	2,470	81.2	4,167	88.6	4,387	88.4	4,586	89.0	4,702	89.1
按時就醫	4,827	70.9	6,350	93.3	6,390	93.9	6,404	94.1	6,406	94.2
最近 3 個月曾有性行為	3,763	55.3	2,280	33.5	2,309	33.9	2,334	34.3	2,390	35.1
最近 3 個月有固定單一的性伴侶	2,463	36.2	1,831	26.9	1,793	26.4	1,787	26.3	1,823	26.8
口交時每次都用保險套	409	15.7	565	41.8	625	44.2	683	46.1	639	42.1
肛交時每次都用保險套	514	19.7	805	55.1	914	60.1	992	63.1	990	61.2
陰道交每次都用保險套	180	23.4	185	53.3	218	56.6	246	60.9	274	63.0
最近 3 個月曾使用成癮性藥物	1,158	17.0	569	8.4	548	8.1	541	8.0	549	8.1
最近 3 個月注射成癮性藥物時均未與別人共用 針具	6,773	99.5	6,804	100.0	6,804	100.0	6,804	100.0	6,804	100.0

圖 3-1 初收至年度個管比較—個案現況改變 (N=6,804 人)

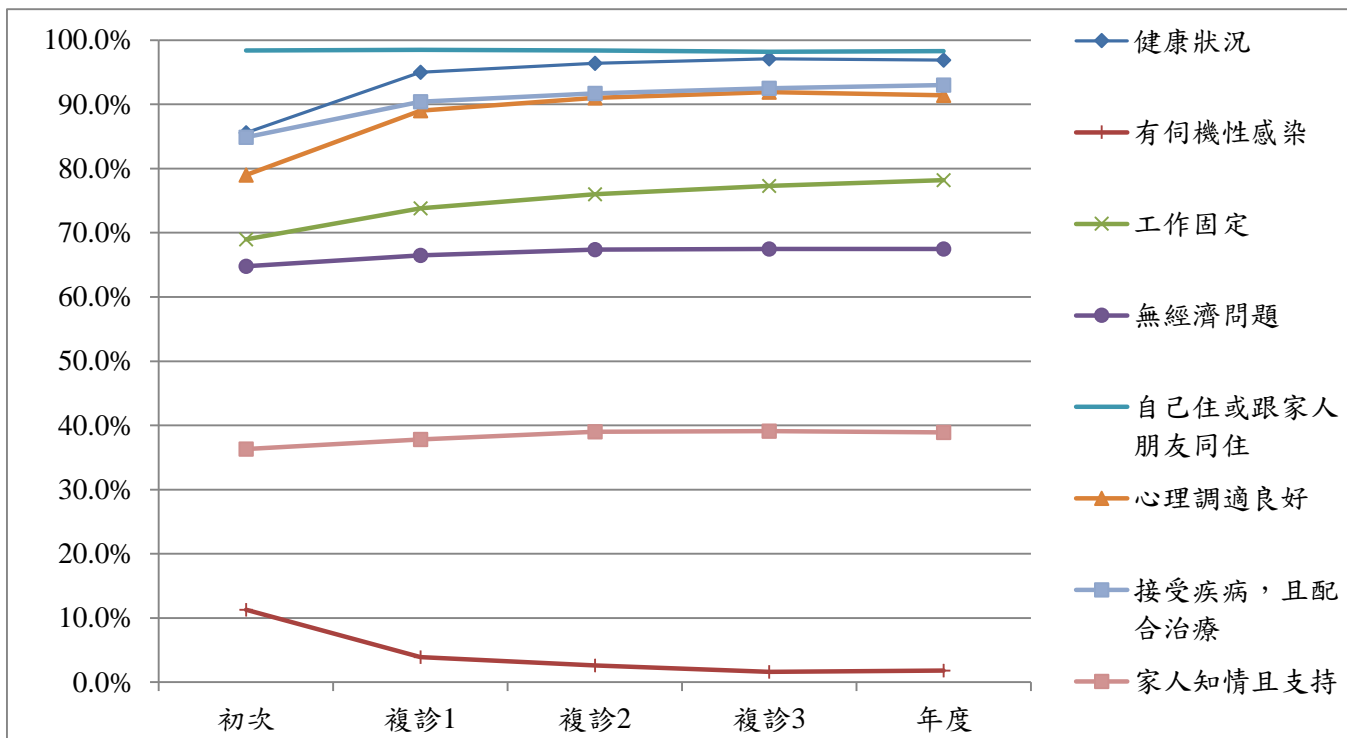


圖 3-2 初收至年度個管比較—危險行為改變 (N=6,804)

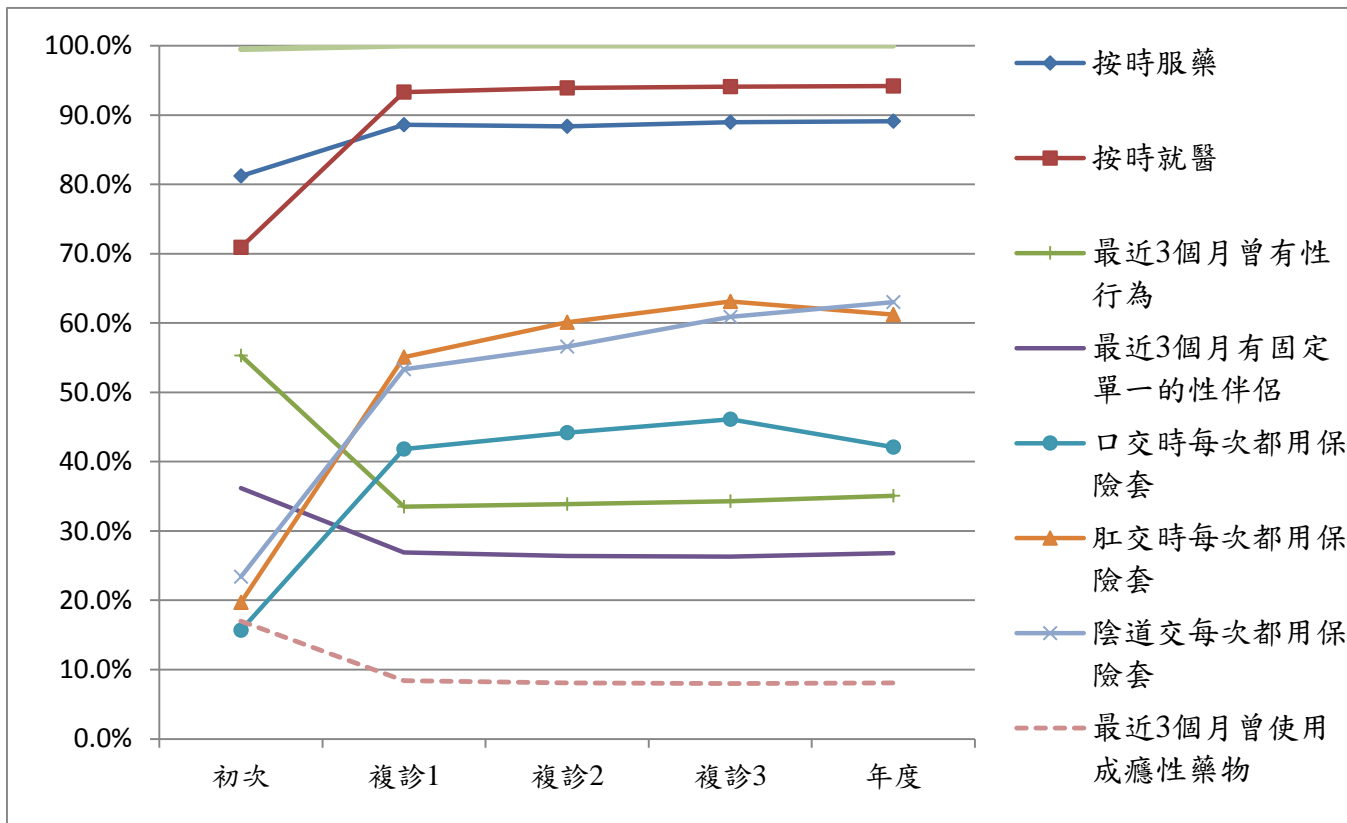
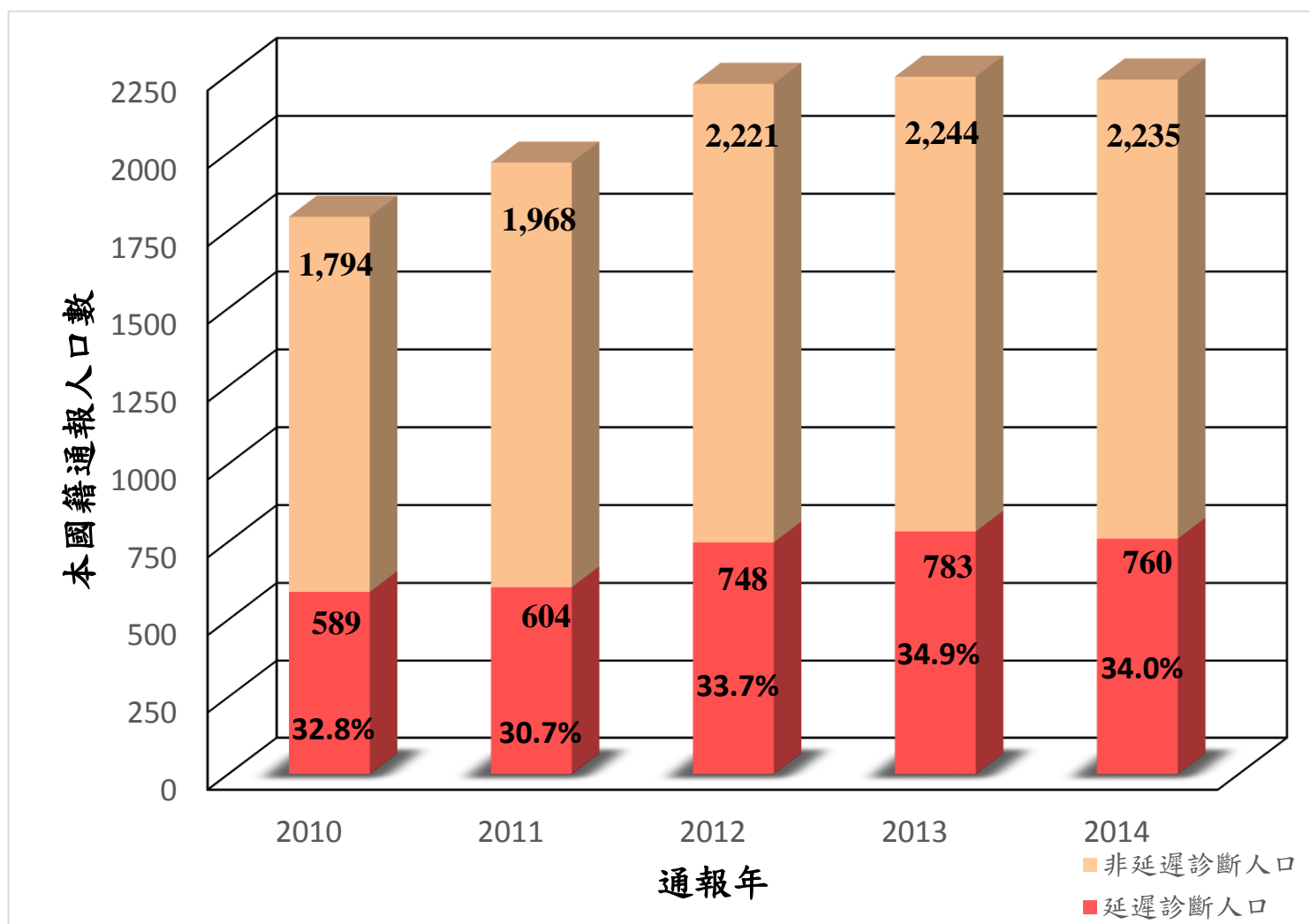


圖 4-1 近五年本國籍通報人口數與延遲診斷人數(2010 年至 2014 年)



註:統計資料截止至 2015/09，因此 2014 年延遲診斷(通報後一年內即發病)人口數會有低估之情形。

表 4-1 2010 年至 2014 年男性延遲診斷者人口學特性分析

項目	總計	延遲診斷		非延遲診斷		OR	P
		N	%	N	%		
TOTAL	10,038	3,300	33	6,738	67		
年齡							
15-24	3,075	619	20	2,456	80		
25-34	4,363	1,404	32	2,959	68	1.8	<.0001
35-44	1,719	771	45	948	55	3.15	0.569
45-54	644	340	53	304	47	4.35	0.002
55-64	157	111	71	46	29	8.32	<.0001
65 以上	80	55	69	25	31	6.1	0.005
婚姻狀況							
已婚	351	207	59	144	41		
未婚	9,168	2,863	31	6,305	69	0.87	0.955
離婚/分居	453	199	44	254	56	0.75	0.206
其他	66	31	47	35	53	0.86	0.974
風險因子							
注射藥癮者	358	59	16	299	84		
雙性	1,015	401	40	614	60	3.41	0.001
同性	7,453	2,258	30	5,195	70	2.37	0.148
異性_已婚	445	268	60	177	40	3.73	0.004
異性_未婚	767	314	41	453	59	3.93	<.0001
通報來源							
監所收容人	308	30	10	278	90		
役男體檢	460	75	16	385	84	2.93	0.120
捐血中心	331	49	15	282	85	1.64	0.004
本署指定醫院	7,497	2,719	36	4,778	64	5.01	<.0001
其他	460	75	16	385	84	3.59	<.0001

註:排除 111 位風險因子不詳之感染者。

表 4-2 2010 年至 2014 年女性延遲診斷者人口學特性分析

項目	總計	延遲診斷		非延遲診斷		OR	P
		n	%	n	%		
TOTAL	303	111	37	192	63		
年齡							
15-24	44	24	55	20	45		
25-34	168	97	58	71	42	1.91	0.605
35-44	117	73	62	44	38	2.51	0.633
45-54	87	55	63	32	37	2.71	0.482
55-64	57	39	68	18	32	3.40	0.195
65 以上	22	15	68	7	32	2.57	0.752
婚姻狀況							
已婚	82	34	41	48	59		
未婚	84	23	27	61	73	0.80	0.451
離婚/分居	106	39	37	67	63	1.09	0.624
其他	31	15	48	16	52	1.05	0.838
風險因子							
其他	58	9	16	49	84		
異性	245	102	42	143	58	2.58	0.025
通報來源							
其他	141	26	18	115	82		
本署指定醫院	162	85	52	77	48	3.92	<.0001

註:排除 10 位風險因子不詳之感染者。

表 4-3 2010 年至 2014 年延遲診斷與非延遲診斷人口學特性分析—異性間性行為者之婚姻狀況

項目	女		男		總計
	n	%	n	%	
風險因子_異性間性行為	245	16.8	1,212	83.2	1,457
已婚感染者	88	35.9	285	23.5	373
已婚	75	85.2	219	76.8	
分居	13	14.8	66	23.2	
非已婚感染者	157	64.1	927	76.5	1,084
未婚	62	39.5	767	82.7	
同居	2	1.3	3	0.3	
離婚	65	41.4	133	14.3	
鰥寡	28	17.8	24	2.6	

表 4-4 2010 年至 2014 年延遲診斷人口行為調查 (N=1,623)

項目	男		女		IDU		性行為		N	%
	N	%	n	%	n	%	n	%		
總計	1,573	97	50	3	19	1	1,596	98	1,623	100
1.個案有身體不適的狀況時，通常如何處理										
不理會	104	7	4	8	2	11	106	7	108	6.8
自行服用成藥	240	16	9	18	8	44	241	16	249	15.8
至醫療院所看診	1,185	78	37	74	8	44	1,206	78	1,222	77.4
(空白)	44				1		43		44	
2.個案通報 HIV 之前一年中，是否曾被診斷其他疾病										
心血管疾病	8	1	-	-	-	-	8	1	8	0.9
生殖系統疾病	10	1	5	15	-	-	15	2	15	1.7
免疫系統/內分泌疾病	19	2	2	6	1	9	20	2	21	2.3
呼吸系統疾病/感冒	341	39	8	24	3	27	346	39	349	38.4
泌尿系統疾病	9	1	-	-	-	-	9	1	9	1.0
骨骼肌肉系統疾病	6	1	1	3	1	9	6	1	7	0.8
無	348	40	13	39	5	45	354	40	361	39.7
腸胃道疾病	62	7	1	3	1	9	61	7	63	6.9
精神科疾病	8	1	1	3	-	-	9	1	9	1.0
其他	66	8	2	6	-	-	68	8	68	7.5
(空白)	696		17		8		700		713	

表 4-4 2010 年至 2014 年延遲診斷人口行為調查 (N=1,623)(續)

項目	男		女		IDU		性行為		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
總計	1,573	97	50	3	19	1	1,596	98	1,623	100
3.個案被通報 HIV 是因為執行何種篩檢										
孕婦篩檢	-	-	3	6	-	-	3	0	3	0.2
自行至匿名篩檢點 (含 NGO) 篩檢	219	15	2	4	1	6	220	14	221	14.2
自行至衛生局或醫療院所篩檢	169	11	3	6	1	6	170	11	172	11.1
其他篩檢計畫	9	1	1	2	2	11	8	1	10	0.6
性病病患篩檢	18	1	-	-	-	-	18	1	18	1.2
捐血篩檢	10	1	2	4	1	6	11	1	12	0.8
就醫時醫師建議篩檢	960	64	32	65	9	50	978	64	992	63.8
新兵、役男體檢	56	4	-	-	1	6	54	4	56	3.6
監所篩檢(新入監或年度篩檢)	11	1	-	-	2	11	9	1	11	0.7
職業所需體檢	12	1	-	-	-	-	12	1	12	0.8
警方查獲之篩檢	11	1	-	-	1	6	10	1	11	0.7
其他	31	2	6	12	-	-	36	2	37	2.4
(空白)	67		1		1		67		68	
4.個案在被通報 HIV 前，是否曾懷疑自己感染										
否	984	64	44	90	11	61	1,011	65	1,028	65.1
是	547	36	5	10	7	39	543	35	552	34.9
(空白)	42		1		1		42		43	
5.為什麼個案會懷疑自己感染 HIV(N=552)										
有身體不舒服，疑似感染的症狀出現	26	7	1	33	-	-	27	7	248	44.9
身邊的性伴侶有感染者	203	52	1	33	4	80	199	51	55	10
其他	32	8	1	33	1	20	32	8	43	7.8
注射毒品共用針具	28	7	0		-	-	27	7	8	1.5
經常有不安全性行為	104	26	0		-	-	104	27		
(空白)	154		2		2		154		306	55.4

表 4-4 2010 年至 2014 年延遲診斷人口行為調查 (N=1,623)(續)

項目	男		女		IDU		性行為		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
總計	1,573	97	50	3	19	1	1,596	98	1,623	100
6.被通報 HIV 前，是否有其他 HIV 篩檢經驗										
否	1040	68	44	90	12	67	1064	69	1084	68.9
是	485	32	5	10	6	33	484	31	490	31.1
(空白)	48		1		1		48		49	
7.個案第 6 題執行過的篩檢是何種篩檢(N=490)										
孕婦篩檢	-	-	1	20	-	-	1	0	1	0.2
自行至匿名篩檢點(含 NGO) 篩檢	261	54	1	20	-	-	262	55	262	53.9
自行至衛生局或醫療院所篩檢	92	19	1	20	1	17	92	19	93	19.1
其他篩檢計畫	17	3	2	40	1	17	19	4	19	3.9
性病病患篩檢	6	1	-	-	-	-	6	1	6	1.2
捐血篩檢	3	1	-	-	-	-	3	1	3	0.6
就醫時醫師建議篩檢	25	5	-	-	-	-	25	5	25	5.1
新兵、役男體檢	54	11	-	-	-	-	54	11	54	11.1
監所篩檢(新入監或年度篩檢)	7	1	-	-	4	67	3	1	7	1.4
職業所需體檢	12	2	-	-	-	-	12	3	12	2.5
警方查獲之篩檢	4	1	-	-	1	17	3	1	4	0.8
(空白)	4						4		4	
8.為什麼個案之前都不想去篩檢										
不知道哪裡可以篩檢	52	4	2	5	1	6	53	4	54	4.1
不想面對自己可能被感染	302	24	1	2	7	44	295	23	303	23.0
其他	81	6	3	7	2	13	81	6	84	6.4
知道篩檢地點但時間或距離上很不方便	43	3	1	2	-	-	43	3	44	3.3
認為自己不可能感染	793	62	37	84	6	38	819	63	830	63.1
(空白)	302		6		3		305		308	

圖 4-2 本國籍通報人口之存活曲線(1984 年至 2014 年)

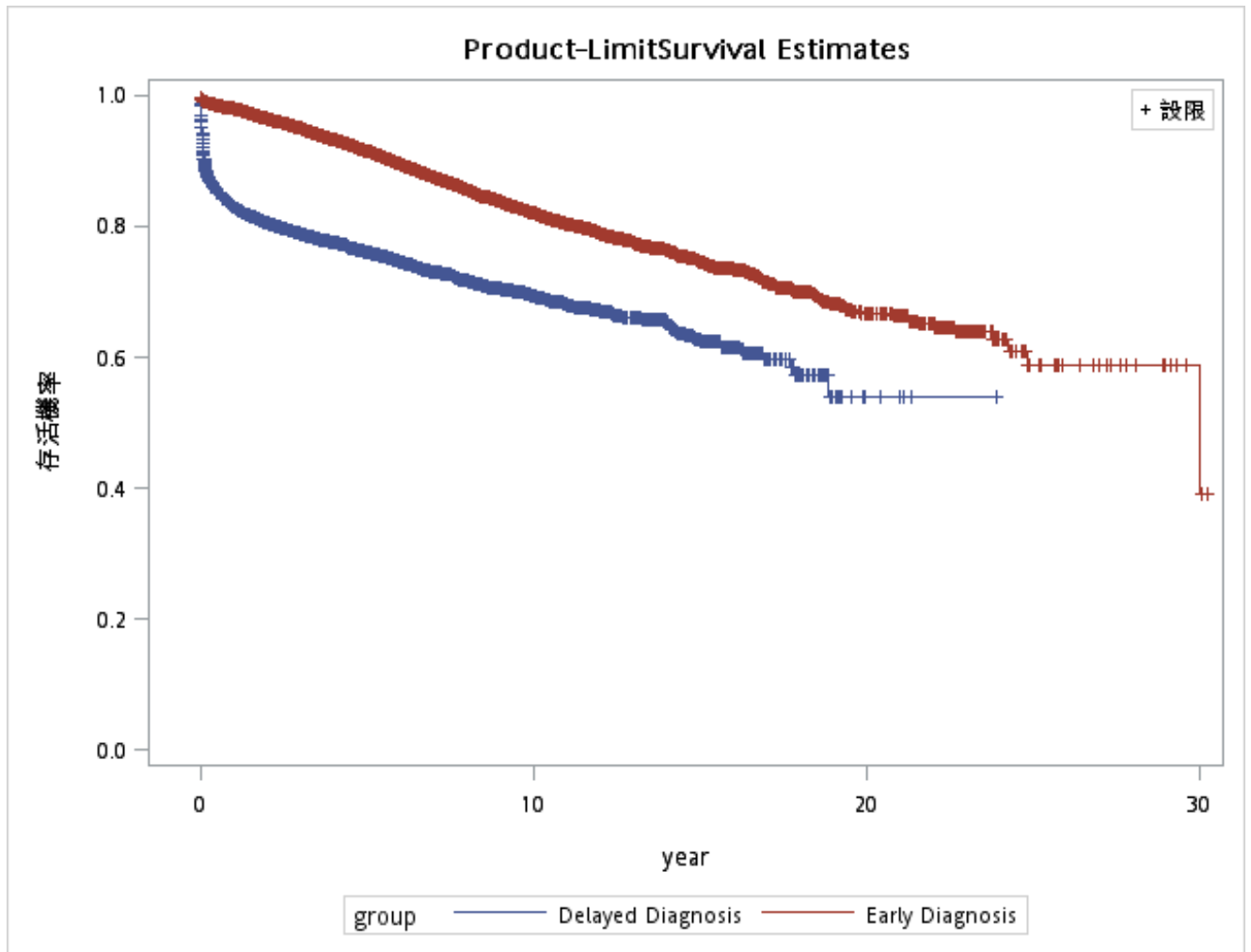
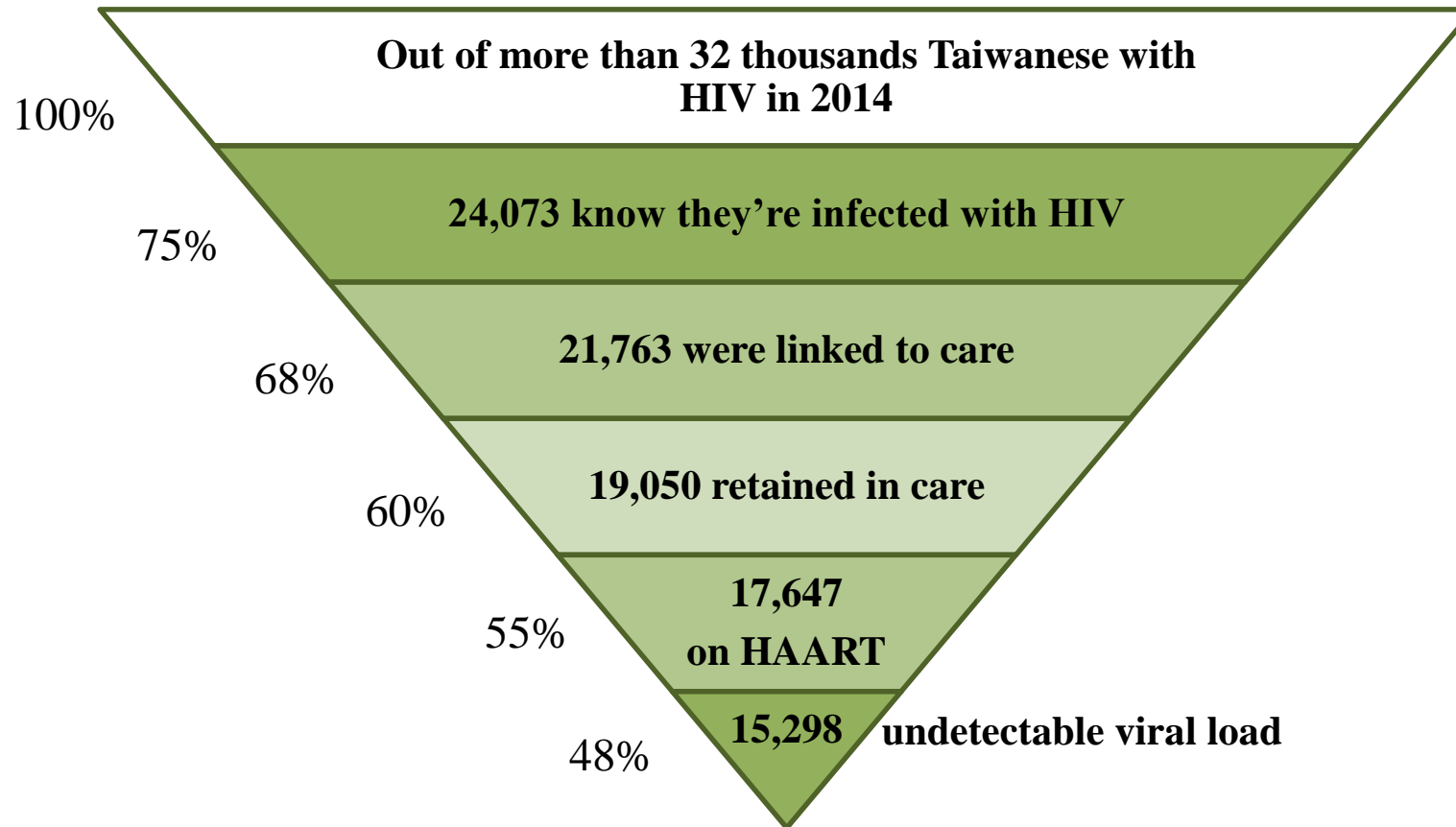
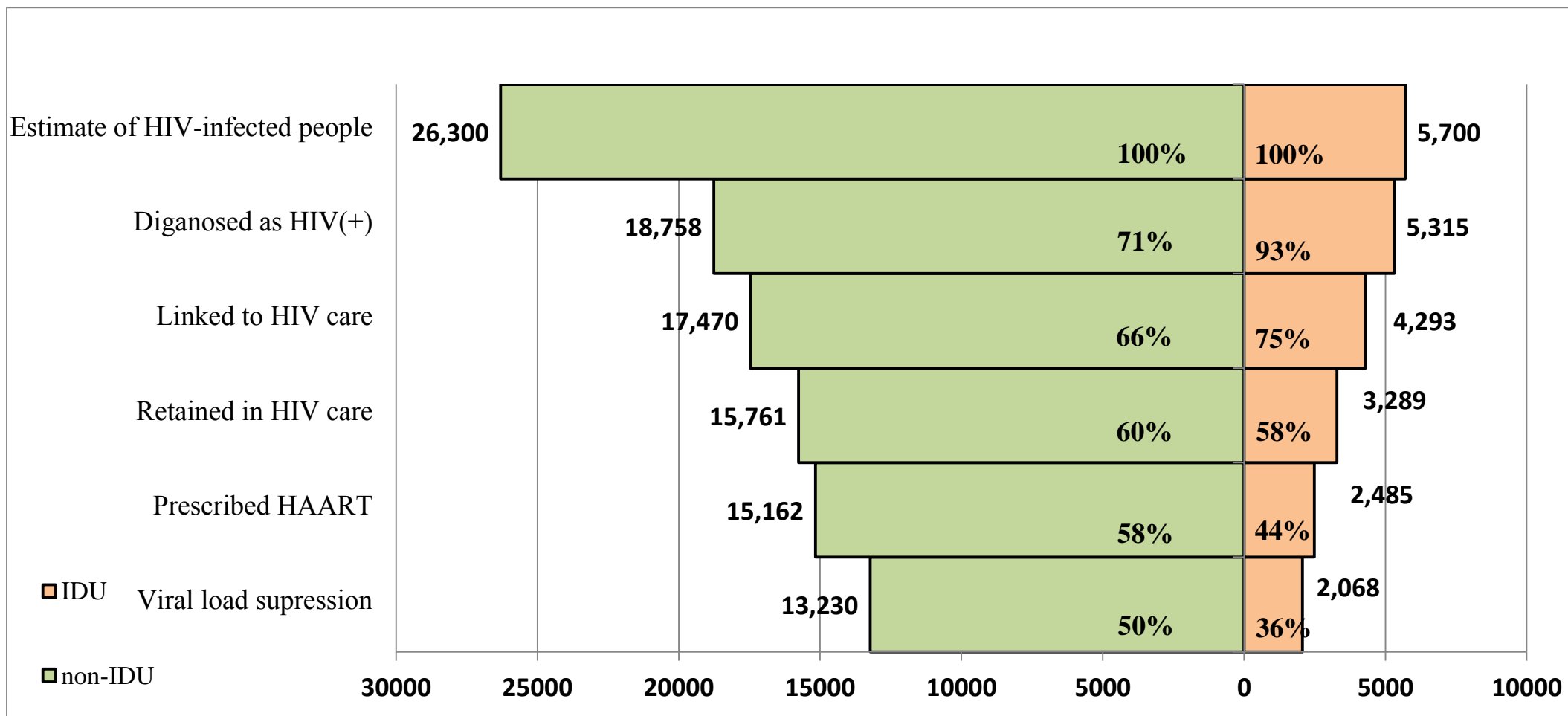


圖 5-1 2014 年台灣地區感染人口 cascade



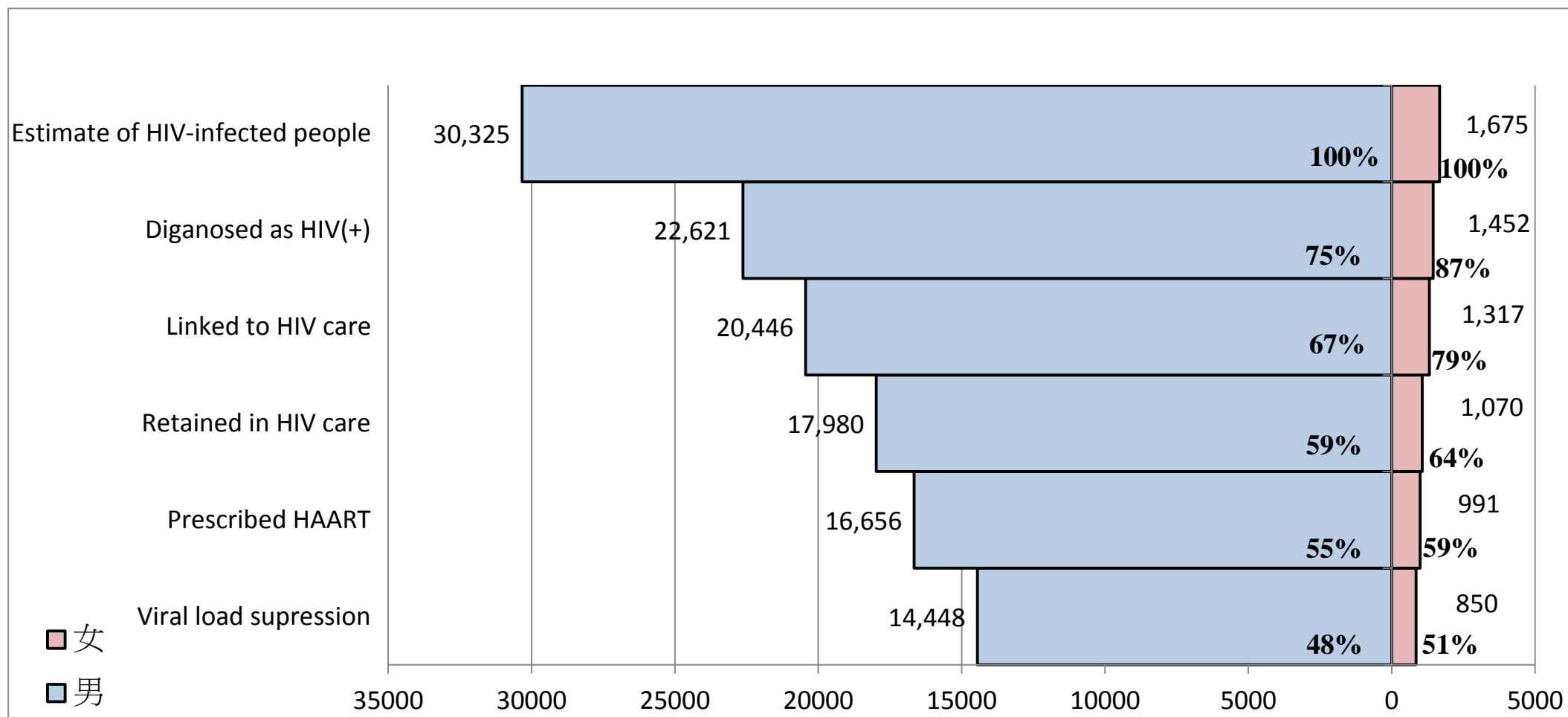
註: undetectable viral load 表示檢測值小於 200 copies/mL

圖 5-2 2014 年台灣地區感染人口 cascade—依藥癮人口與非藥癮人口



註: undetectable viral load 表示檢測值小於 200 copies/mL

圖 5-3 2014 年台灣地區感染人口 cascade—依性別



註: undetectable viral load 表示檢測值小於 200 copies/mL

表 5-1 2014 年 HIV 感染者之風險因子—依性別分析

感染風險因子	男		女	
	N	%	N	%
母子垂直感染	15	0.1	14	1.0
血友病	15	0.1	0	0.0
性行為 - 同性	12,586	55.6	0	0.0
性行為 - 異性	3,178	14.0	675	46.5
性行為 - 雙性	2,075	9.2	1	0.1
注射藥癮者(不含搖頭族)	4,566	20.2	749	51.6
接受輸血者	7	0.0	1	0.1
不詳	179	0.8	12	0.8
總計	22,621	100	1,452	100

圖 5-4 不同感染途徑個案之就醫率(2006-2014 年)

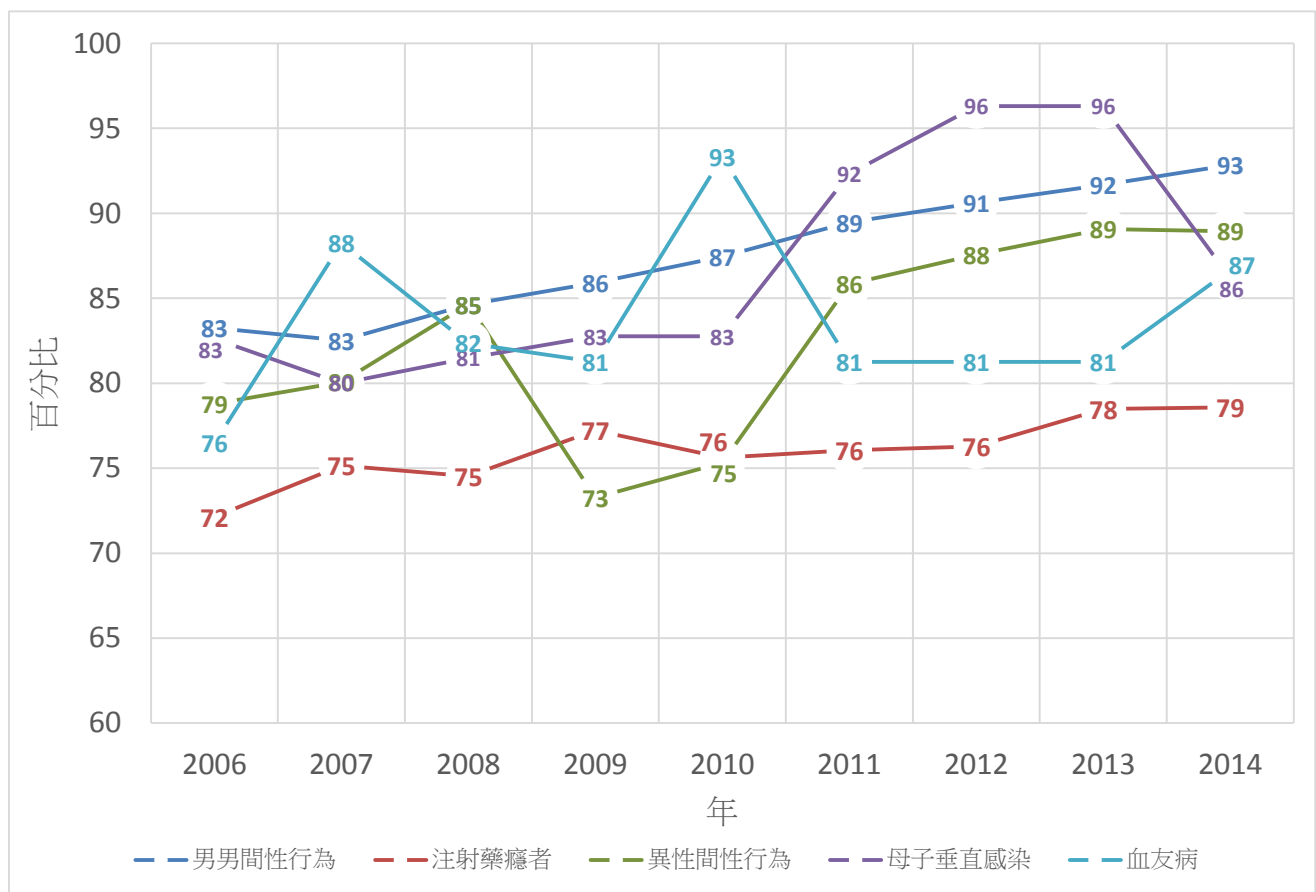


圖 5-5 不同感染途徑個案之服藥率(2006-2014 年)

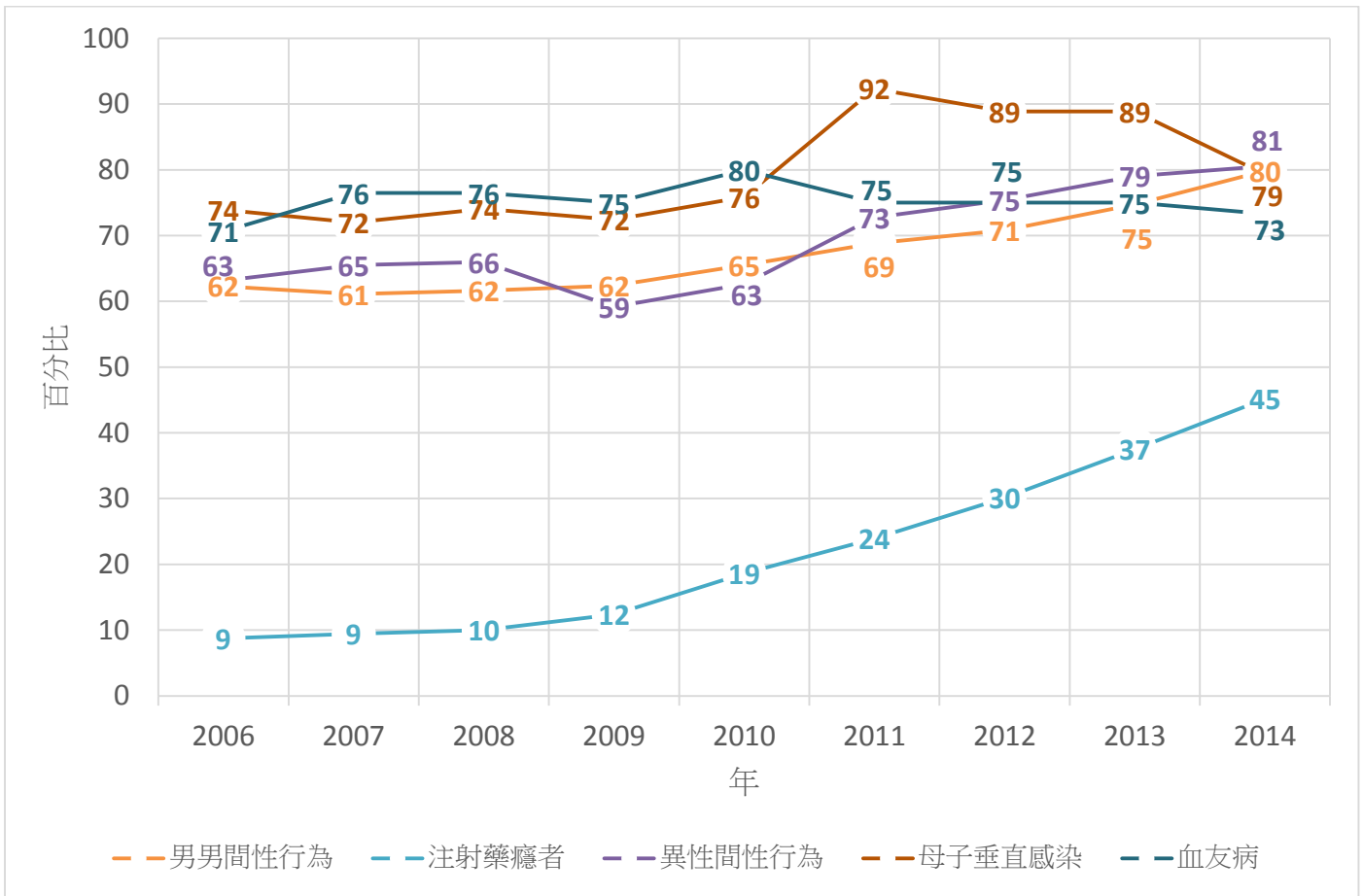


表 5-2 已服藥個案未規則回診(領藥)輔導紀錄(N=1415)

分析項目	N	%
一、藥癮行為分析		
是否有使用成癮物質或靜脈注射成癮物質?		
否	717	68.09
是	336	31.91
(空白)	362	
是否有加入替代治療?		
否	590	57.34
是	162	15.74
非海洛因使用者	277	26.92
(空白)	386	
二、愛滋病相關知能		
個案能正確瞭解 CD4 和病毒量檢驗值的意義。		
完全不瞭解	53	5.33
有點不瞭解	215	21.63
完全瞭解	726	73.04
(空白)	421	

表 5-2 已服藥個案未規則回診(領藥)輔導紀錄(N=1415)(續)

分析項目	N	%
個案知道自己最近一次的 CD4 及病毒量檢驗值是多少。		
完全不瞭解	91	9.17
有點不瞭解	241	24.29
完全瞭解	653	65.83
從未測過 CD4 和病毒量。	7	0.71
(空白)	423	
個案知道開始服用 HAART 後，應持續規律服藥，不可隨意停止服用藥物。		
完全不瞭解	56	5.67
有點不瞭解	178	18.03
完全瞭解	753	76.29
(空白)	428	
個案知道斷斷續續服藥可能會導致體內的病毒產生抗藥性，造成治療困難。		
完全不瞭解	57	5.78
有點不瞭解	192	19.47
完全瞭解	737	74.75
(空白)	429	
個案認為若服藥後，體內的病毒量已經達到測不到的標準就可以馬上停藥。		
可以	83	8.41
不可以	627	63.53
沒意見	277	28.06
(空白)	428	
個案知道根據疾管署施行之「HIV 個案 HAART 用藥品質提升計畫」，若持續不規則回診或領藥，累積超過 6 個月，將被停止給付藥費 3 個月。		
完全不瞭解	197	20.02
有點不瞭解	335	34.04
完全瞭解	452	45.93
(空白)	431	
三、個案自覺健康狀況及其他健康促進方法		
個案是否因為感染 HIV 後無任何不適感，即使醫生已經建議吃 HAART 了，個案仍不願服用藥物。		
否	731	74.67
是	248	25.33
(空白)	436	

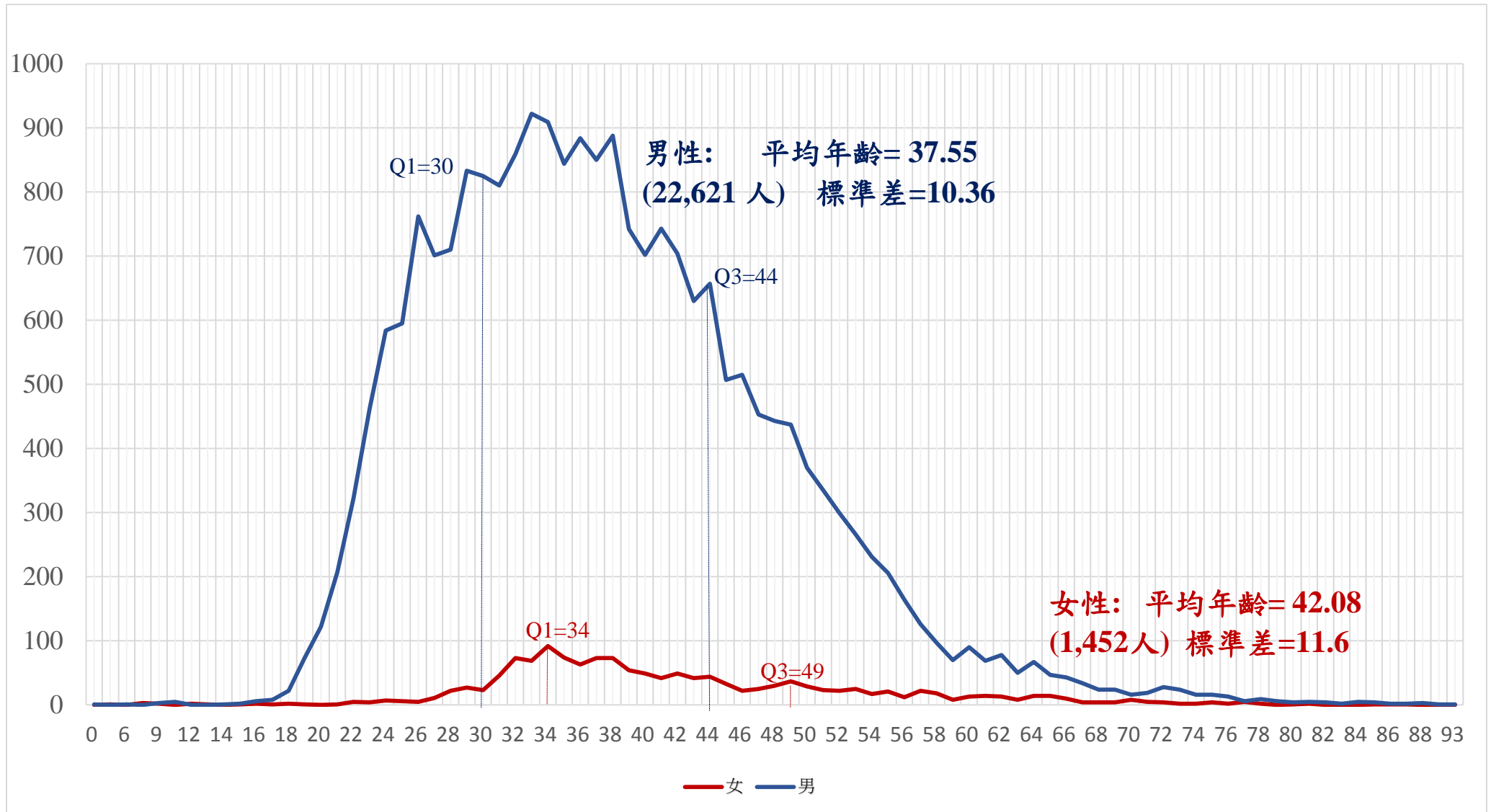
表 5-2 已服藥個案未規則回診(領藥)輔導紀錄(N=1415)(續)

分析項目	N	%
個案個案是否使用其他健康促進方式保養身體或提升免疫力？		
否	675	67.91
是	319	32.09
(空白)	421	
個案個案是否使用其他健康促進方式保養身體或提升免疫力？ (上題回答"是"者)		
中藥材	29	9.15
規律運動	216	68.14
吃維他命	56	17.67
民俗療法(如針灸、拔罐...等)	2	0.63
其他	14	4.42
(空白)	2	
四、就醫可近性調查		
個案就醫部分是否有經濟上的障礙？		
否	864	88.62
是	111	11.38
(空白)	440	
個案之前服用 HAART 是否出現藥物副作用？		
是	297	30.31
否	512	52.24
忘記了	171	17.45
(空白)	435	
副作用為(副作用回答"是"者)		
口乾舌燥	1	0.34
不願意告知	1	0.34
代謝型副作用	23	7.74
四肢無力	7	2.36
平衡感差	1	0.34
未服用藥物	3	1.01
皮膚相關副作用	39	13.13
自行停藥	4	1.35
行走障礙	1	0.34
抗藥性	1	0.34
身體不適	9	3.03
倦怠	18	6.06
神經性副作用	169	56.90
高燒	1	0.34
貧血	8	2.69
喘	1	0.34
腸胃型副作用	161	54.21

表 5-2 已服藥個案未規則回診(領藥)輔導紀錄(N=1415)(續)

分析項目	N	%
副作用對生活的影響程度(副作用回答"是"者)		
非常有影響	135	45.45
有點影響	85	28.62
尚可忍受	49	16.50
完全沒感覺	6	2.02
(空白)	22	
個案從住家到愛滋病指定醫院車程多久?		
「約 10 分鐘以內」	45	4.61
「10 至 30 分鐘」	344	35.25
「30 分鐘至 1 小時」	455	46.62
「1-2 小時」	98	10.04
「2 小時以上」	34	3.48
(空白)	439	
個案因為工作或課業因素，實在無法每個月擠出時間就醫或回院拿藥		
無勾選	752	75.35
勾選	246	24.65
(空白)	417	
個案長期出國在外工作(就學)，無法每個月回台		
無勾選	974	97.21
勾選	28	2.79
(空白)	413	
個案是否於國外診治 HIV 感染(N=28)		
是	14	50.00
個案多久回國一次(上題回答"是"者)		
「6 個月以內」	10	35.71
「6 個月至 1 年間」	5	17.86
「1~2 年」	2	7.14
「2 年以上」	6	21.43
「永不回國」	4	14.29
(空白)	1	3.57
五、經衛生局訪視及輔導服藥順從性之之重要性後患者之回應		
個案仍不願回診	317	30.81
個案決定規律就醫	711	69.10
(空白)	386	

圖 5-6 2014 年本國籍存活人口年齡分布情形—依性別



參考文獻

1. Fang, C.T., et al., Cost-effectiveness of highly active antiretroviral therapy for HIV infection in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 2007. 106(8): p. 631-40.
2. Fang, C.T., et al., Life expectancy of patients with newly-diagnosed HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy. *QJM*, 2007. 100(2): p. 97-105.
3. Schwarcz, S.K., et al., Changes in Causes of Death Among Persons with AIDS: San Francisco, California, 1996-2011. *AIDS Patient Care STDS*, 2014. 28(10): p. 517-23.
4. Centers for Disease Control and Prevention, et al., Recommendations for incorporating human immunodeficiency virus (HIV) prevention into the medical care of persons living with HIV. *Clin Infect Dis*, 2004. 38(1): p. 104-21.
5. Centers for Disease, C. and Prevention, Advancing HIV prevention: new strategies for a changing epidemic--United States, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2003. 52(15): p. 329-32.
6. Twu, S.J., et al., Update and projection on HIV/AIDS in Taiwan. *AIDS Educ Prev*, 2004. 16(3 Suppl A): p. 53-63.
7. Hung, C.C., et al., The current state of human immunodeficiency virus infection and antiretroviral care in Taiwan. *AIDS*, 2000. 14(11): p. 1669-71.
8. Lohse, N., et al., Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995-2005. *Ann Intern Med*, 2007. 146(2): p. 87-95.
9. Centers for Disease Control R.O.C.(Taiwan). Statistics of HIV/AIDS. 2014; Available from: <http://www.cdc.gov.tw/>.
10. Lo, Y.-C., et al., Risk Factors of Delayed HIV Diagnosis in Taiwanese Men Who Have Sex with Men. *Epidemiology Bulletin*, 2008. 24(11): p. 813-825.
11. Department of Economic and Social Affairs (DESA) - Economic and Social Council (ECOSOC). What does the UN mean by "youth," and how does this definition differ from that

given to children? [cited 2013 June 1]; Available from:
<http://undesadspd.org/Youth/FAQs.aspx>.

12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HIV among Youth. [cited 2013 October 1]; Available from: <http://www.cdc.gov/hiv/risk/age/youth/>.
13. Mayben, J.K., et al., Predictors of delayed HIV diagnosis in a recently diagnosed cohort. *AIDS Patient Care STDS*, 2007. 21(3): p. 195-204.

附錄

※本問卷資料由個案管理師親自詢問個案並由個案管理師填寫，請勿交由個案自行作答
個案管理紀錄表（初次收案）

疾管署核定收案編號：_____號 申報費用年：_____年
 申請類別：初次收案 申請金額： 1800 點
 訪視日期：_____年 _____月 _____日
 健保申報就醫日期：_____年 _____月 _____日（本欄位為與健保資料勾稽之必要欄位，須與健保資料一致）
已徵得個案同意收案。（必填，個案簽名之同意書請醫院自行留存備查）
 ※ 同一個案，同一醫院不得重複請領初次收案個案管理費，愛滋病個案管理師醫院已收案納管對象，不得再次申請本項費用。

一、【收案日期及收案原因】

申請收案日期：_____年_____月_____日
 收案原因（可複選）：
1、新通報為 HIV 感染者
2、懷孕之婦女
3、持續從事危險性行為者（如多重性伴侶、性行為對象不固定、性行為活躍者或合併使用娛樂性用藥）
4、感染 HIV 後，再次感染其他性病者
5、曾注射、吸食成癮性藥物或曾與人共用針器或稀釋液者
6、服藥順從性差或未定期回診治療者（含失聯再次回診）
7、接觸者追蹤資料不詳或拒絕提供者
8、經本署指定之個案（醫院不得拒絕）
9、精神病患
10、遊民
11、延遲診斷病人（通報後一年內即發病之個案）
12、使用二線藥物之個案：本署指定為必收案對象
13、困難個案
14、未成年之個案
15、初次服 HAART 個案
16、非上述收案原因，但經評估需收案管理者
 ※收案對象須於收案醫事機構之感染科或免疫專科醫師門診就醫，且為本計畫核備之醫師，始能收案管理。
 ※服務對象於矯正機關收容或住院期間，不得再列為本計畫之收案對象。

二、【感染者基本資料】

1.姓名：_____ 2.身分證字號：_____ 3.生日：_____年 _____月 _____日；年齡：_____歲（系統自行計算）
 4.性別：男/女 5.教育程度：_____ 6.職業：_____ 7.婚姻狀況：_____ 8.未滿 12 歲子女數：_____人
 9.危險因子（感染原因）：_____（若為性行為請續填同性或異性）
 10.行動電話：_____ 11.住家電話：_____ 12.公司電話：_____
 13.居住地址：_____ 14.戶籍地址：_____
 15.身高：_____m ；體重：_____kg ；BMI：_____（系統自行計算）
 16.目前是否服用愛滋病毒抗反轉錄病毒藥物(雞尾酒療法 HAART)? 0.否 1.是
 17. 收案時，最近一次抽血日期：_____；CD4 值：_____；病毒量值：_____（可由系統帶入）

三、【疾病史】

是否曾發生下列慢性病？（可複選）
1.否 2.心臟病 3.高血壓 4.糖尿病 5.血液脂肪過高(即膽固醇或三酸甘油酯過高) 6.腦中風

四、【個案生活現況】※請於下列空格中填列選項代碼（單選）

1. 健康狀況：1.健康狀況穩定 2.虛弱但可自行活動 3.需他人協助行動 4.無法自行活動
 2. 有無伺機性感染：1.有 2.無
 3. 工作情形：1.工作固定 2.工作不固定 3.待業中，正在尋找工作 4.被辭退
5.不打算工作 6.退休 7.學生
 4. 經濟能力：1.無經濟問題 2.經濟問題可以自行解決 3.資源困難
 5. 居住狀況：1.與家人同住 2.自己住 3.居住於民間非政府組織

4. 居住於政府社政單位 5. 與朋友同住
6. 遊民居無定所 7. 團體生活(學生住宿或軍旅生活)
6. 心理調適：1. 良好 2. 情緒不穩 3. 失眠 4. 有自殺傾向 5. 憂鬱
7. 疾病接受：1. 恐慌 2. 無所謂 3. 拒絕合作 4. 否認 5. 接受，但不配合治療
6. 接受，且配合治療 7. 尋求資源積極面對
8. 雞尾酒療法：1. 按時服藥 2. 有時忘記服藥 3. 中斷服藥 4. 拒服藥 5. 尚未開始服藥
6. 今日開始服藥
9. 有無使用二線藥物：1. 是 .使用否
10. 就醫情形：1. 按時就醫 2. 不規律回診 3. 本次初次就醫
11. 家人支持：1. 家人知情且支持 2. 家人知情但拒絕 3. 家人不知情但相處良好
4. 家人不知情但相處普通 5. 家人不知情且家庭關係不合 6. 無家屬
12. 個案最近三個月曾有性行為嗎？0 沒有 1 有 (※填「有」者，請填寫「性行為衛教紀錄表」)
13. 個案最近三個月曾使用成癮性藥物嗎？0 沒有 1 有(※填「有」者，請填寫「藥癮行為衛教紀錄表」)

五、【性病篩檢紀錄】※以病歷記載為主

1. 個案最近一年內曾感染的性病(可複選)：
梅毒 淋病 尖性濕疣(菜花) 花非淋菌性尿道炎 生殖器潰瘍 軟性下疳 陰蝨症
陰道滴蟲症 龜頭炎 生殖器疱疹 披衣菌
2. 梅毒檢驗紀錄(初次收案時須完成梅毒檢驗，第(1)及(3)題必填)
- (1). RPR 或 VDRL 檢驗結果：
A. 檢驗日期：_____年_____月_____日 B. 效價：1:_____
- (2). TPHA、TPPA 或 FTP-ABS 檢驗結果：(梅毒 RPR 或 VDRL 檢驗呈陽性反應者，第(2)及(3)題必填)
A. 檢驗日期：_____年_____月_____日 B. 效價：1: _____
- (3). 綜合研判梅毒檢驗結果：
陽性(符合通報定義) 陰性(不符合通報定義) 未確定
3. 是否檢驗胸部 X 光
0 沒有 1 有，結果為1 正常 2 發炎 3 診斷潛伏性結核感染(LTBI) 4 其他_____
4. 是否有提供診斷潛伏性結核感染者(LTBI)預防性治療？
0 否 1 是

六、【綜合評估】

1. 個案現況與問題評估：請以文字描述
2. 個案訂立之計畫與處遇：請以文字描述
3. 協助轉診或取得社會資源的處理：請以文字描述

七、【個案工作項目-感染者相關衛教及處理情形】，下列衛教內容，若完成請打勾：

1. 告知個案愛滋感染途徑及安全性行為之重要性？
2. 告知個案治療方式、藥物副作用並訂定相關治療計畫？
3. 告知個案正確自我照顧行為及症狀處理，並提供適當的衛教諮商？
4. 告知個案降低危險行為的技巧及適時導入降低危險行為的諮商？
5. 告知個案可利用的民間團體資源及社會資源？
6. 告知個案會面臨的法律議題及相關法令？
7. 協助個案告知家屬檢驗結果，並提供家屬諮商服務？
8. 提供各種不同階段及特殊族群(如藥癮、婦女、小兒、二線用藥個案及延遲診斷個案等)愛滋治療諮詢？
9. 提供減害計畫相關訊息(包括清潔針具計畫及替代療法服務方案)？
10. 提供預防母子垂直感染相關訊息？

八、【診療醫師/個案師基本資料】

1. 醫院名稱： 2. 診療醫師：
3. 個案師： 4. 個案師電話：
5. 個案師傳真： 6. 個案師 E-mail：

九、【感染者其他備註資料】

※本問卷資料由個管師親自詢問個案並由個管師填寫，請勿交由個案自行作答

個案管理紀錄表（一般複診追蹤）

疾管署核定收案編號：_____號 申報費用年：_____年

管理時程：規定內（規定內（依規定每3個月定期追蹤一次）

申請類別：一般複診追蹤

申請金額：900點（符合連續管理時程之複診個案管理費）

訪視日期：_____年_____月_____日

健保申報就醫日期：_____年_____月_____日（本欄位為與健保資料勾稽之必要欄位，須與健保資料一致）

※依規定每3個月定期追蹤一次，其中每12個月之複診請填「年度複診個案管理紀錄表」。

※已加入「愛滋病個案管理師計畫」未曾中斷者，其管理時程累積計算。

一、【感染者基本資料】

1.個案姓名：_____ 2.個案身分證字號：_____

3.生日：_____ 年齡：_____歲（系統自行計算） 4.性別：_____

5.行動電話：_____

6.住家電話：_____ 7.公司電話：_____

8.居住地址：_____ 9.戶籍地地址：_____

二、【個案生活及行為現況】※請於下列空格中填列選項代碼（單選）。

1. 健康狀況：1.健康狀況穩定 2.虛弱但可自行活動 3.需他人協助行動 4.無法自行活動

2. 有無伺機性感染：1.有 2.無

3. 工作情形：1.工作固定 2.工作不固定 3.待業中，正在尋找工作 4.被辭退
5.不打算工作 6.退休 7.學生

4. 經濟能力：1.無經濟問題 2.經濟問題可以自行解決 3.資源困難

5. 居住狀況：1.與家人同住 2.自己住 3.居住於民間非政府組織
4.居住於政府社政單位 5.與朋友或同學同住
6.遊民居無定所 7.團體生活（學生住宿或軍旅生活）

6. 心理調適：1.良好 2.情緒不穩 3.失眠 4.有自殺傾向 5.憂鬱

7. 疾病接受：1.恐慌 2.無所謂 3.拒絕合作 4.否認 5.接受，但不配合治療
6.接受，且配合治療 7.尋求資源積極面對

8. 雞尾酒療法：1.按時服藥 2.有時忘記服藥 3.中斷服藥 4.拒服藥
5.尚未開始服藥 6.今日開始服藥

9. 有無使用二線藥物：1.是 .使用否

10. 就醫情形：1.按時就醫 2.不規律回診 3.本次初次就醫

11. 家人支持：1.家人知情且支持 2.家人知情但拒絕 3.家人不知情但相處良好
4. 家人不知情但相處普通 5.家人不知情且家庭關係不合 6.無家屬

12. 個案最近三個月曾有性行為嗎？0 沒有 1 有（※如有需要者，請填寫「性行為衛教紀錄表」）

13. 個案最近三個月曾使用成癮性藥物嗎？0 沒有 1 有（※如有需要者，請填寫「藥癮行為衛教紀錄表」）

三、【性病篩檢紀錄】※以病歷記載為主

個案最近3個月內新感染的性病(可複選)：

梅毒 淋病 病急性濕疣(菜花) 非淋菌性尿道炎 生殖器潰瘍 軟性下疳 陰蝨症

陰道滴蟲症 龜頭炎 生殖器疱疹 披衣菌

※個案最近3個月內新感染性病者，需加執行性行為衛教。

四、【個案檢驗/服藥紀錄】-每年至少檢測 2 次以上 CD4 及病毒量才可申報年度複診追蹤相關費用

序號	就醫日期	檢驗日期	CD4 值 (必填)	病毒量值 (必填)	雞尾酒療法(是/否)	治療藥物處方	有無藥物副作用(有/無)	藥物副作用描述
1								
2								
3								
《↑以上可由系統自動帶入或自行填寫↑》						《↑勾選處方清單↑》		

五、【綜合評估】

1. 個案現況與問題評估：請以文字描述

2. 個管師訂立之計畫與處遇：請以文字描述

3. 協助轉診或取得社會資源的處理：請以文字描述

六、【診療醫師/個管師基本資料】

- | | |
|----------|---------------|
| 1.醫院名稱： | 2.診療醫師： |
| 3.個管師： | 4.個管師電話： |
| 5.個管師傳真： | 6.個管師 E-mail： |

七、【感染者其他備註資料】

※本問卷資料由個管師親自詢問個案並由個管師填寫，請勿交由個案自行作答

個案管理紀錄表（年度複診追蹤）

疾管署核定收案編號：_____號 申報費用年：_____年

管理時程：規定內（依規定每3個月定期追蹤一次）

申請類別：年度複診追蹤

申請金額：1700點（符合連續管理時程之年度複診個案管理費）

訪視日期：_____年_____月_____日

健保申報就醫日期：_____年_____月_____日（本欄位為與健保資料勾稽之必要欄位，須與健保資料一致）

※依規定每12個月定期追蹤一次

※已加入「愛滋病個案管理師計畫」未曾中斷者，其管理時程累積計算。

一、【感染者基本資料】

- 1.個案姓名：_____ 2.個案身分證字號：_____
- 3.生日：_____ 年齡：_____歲（系統自行計算） 4.性別：_____
- 5.行動電話：_____
- 6.住家電話：_____ 7.公司電話：_____
- 8.居住地址：_____ 9.戶籍地地址：_____
- 9.目前是否服用愛滋病毒抗反轉錄病毒藥物（雞尾酒療法 HAART）：1.是 2.否

二、【疾病史】

是否曾發生下列慢性病？（可複選）

- 1.否 2.心臟病 3.高血壓 4.糖尿病 5.血液脂肪過高（即膽固醇或三酸甘油酯過高） 6.腦中風

三、【個案生活及行為現況】※請於下列空格中填列選項代碼（單選）。

- 1. 健康狀況：1.健康狀況穩定 2.虛弱但可自行活動 3.需他人協助行動 4.無法自行活動
- 2. 無伺機性感染：1.有 2.無
- 3. 工作情形：1.工作固定 2.工作不固定 3.待業中，正在尋找工作 4.被辭退
5.不打算工作 6.退休 7.學生
- 4. 經濟能力：1.無經濟問題 2.經濟問題可以自行解決 3.資源困難
- 5. 居住狀況：1.與家人同住 2.自己住 3.居住於民間非政府組織
4.居住於政府社政單位 5.與朋友或同學同住
6.遊民居無定所 7.團體生活（學生住宿或軍旅生活）
- 6. 心理調適：1.良好 2.情緒不穩 3.失眠 4.有自殺傾向 5.憂鬱
- 7. 疾病接受：1.恐慌 2.無所謂 3.拒絕合作 4.否認 5.接受，但不配合治療
6.接受，且配合治療 7.尋求資源積極面對
- 8. 雞尾酒療法：1.按時服藥 2.有時忘記服藥 3.中斷服藥 4.拒服藥
5.尚未開始服藥 6.今日開始服藥
- 9. 有無使用二線藥物：1.是 2.使用否
- 10. 就醫情形：1.按時就醫 2.不規律回診 3.本次初次就醫
- 11. 家人支持：1.家人知情且支持 2.家人知情但拒絕 3.家人不知情但相處良好
4.家人不知情但相處普通 5.家人不知情且家庭關係不合 6.無家屬
- 12. 個案最近3個月曾有性行為嗎？0 沒有 1 有（※填「有」者，請填寫「性行為衛教紀錄表」）
- 13. 個案最近3個月曾使用成癮性藥物嗎？0 沒有 1 有（※填「有」者，請填寫「藥癮行為衛教紀錄表」）

四、【性病篩檢紀錄】※以病歷記載為主

- 1.個案最近一年內曾感染的性病（可複選）：
梅毒 淋病 病尖性濕疣（菜花） 非淋菌性尿道炎 生殖器潰瘍 軟性下疳 陰蝨症
陰道滴蟲症 龜頭炎 生殖器疱疹 披衣菌
- 2.梅毒檢驗紀錄（初次收案時須完成梅毒檢驗，第(1)及(3)題必填）
(1).RPR 或 VDRL 檢驗結果：
A.檢驗日期：_____年_____月_____日 B.效價：1:_____
- (2).TPHA、TPPA 或 FTP-ABS 檢驗結果：（梅毒 RPR 或 VDRL 檢驗呈陽性反應，第(2)及(3)題必填）
A.檢驗日期：_____年_____月_____日 B.效價：1: _____
- (3).綜合研判梅毒檢驗結果：
陽性（符合通報定義） 陰性（不符合通報定義） 未確定
- 3. 是否檢驗胸部 X 光
0 沒有 1 有，結果為1 正常 2 發炎 3 診斷潛伏性結合感染(LTBI) 4 其他_____
- 4. 是否有提供診斷潛伏性結核感染者(LTBI)預防性治療？
0 否 1 是

五、【個案檢驗/服藥紀錄】-每年至少檢測二次以上 CD4 及病毒量才可申報年度複診追蹤相關費用

序號	就醫日期	檢驗日期	CD4 值 (必填)	病毒量值 (必填)	雞尾酒療法(是/否)	治療藥物處方	有無藥物副作用(有/無)	藥物副作用描述
1								
2								
3								
《↑以上可由系統自動帶入或自行填寫↑》						《↑勾選處方清單↑》		

六、【綜合評估】

1. 個案現況與問題評估：請以文字描述
2. 個管師訂立之計畫與處遇：請以文字描述
3. 協助轉診或取得社會資源的處理：請以文字描述

七、【診療醫師/個管師基本資料】

- | | |
|----------|---------------|
| 1.醫院名稱： | 2.診療醫師： |
| 3.個管師： | 4.個管師電話： |
| 5.個管師傳真： | 6.個管師 E-mail： |

八、【感染者其他備註資料】

密件

附件 2-

※本問卷資料由個管師親自詢問個案並由個管師填寫，請勿交由個案自行作答

※延遲診斷病人行為評估衛教費每位個案限申請一次

延遲診斷病人行為評估紀錄表

本表僅供延遲診斷病人（通報 HIV 感染未滿一年即發病之個案）使用

疾管署核定收案編號：_____號 申報費用年：_____年

申請類別：初次收案 一般複診追蹤 年度複診追蹤

申請金額：250 點（延遲診斷病人相關行為評估費，每位延遲診斷病人限申請一次，並請評估個案行為後，可加做其他行為紀錄表（性行為/藥癮行為/服藥順從性...等））

訪視日期：_____年_____月_____日

健保申報就醫日期：_____年_____月_____日（本欄位為與健保資料勾稽之必要欄位，須與健保資料一致）

個案姓名：_____ 個案身分證字號：_____

個案通報 HIV 至發病（AIDS）間隔多久？

- 1 同時，通報即發病 2 三個月以內發病（不含同時）
3 三到六個月間發病 4 六到九個月間發病 5 九到十二個月間發病

個案符合之發病定義 1. CD4 < 200 cell/μl 2 伺機性感染 3. CD4 < 200 cell/μl 且發生伺機性感染
【就醫/篩檢習慣】

- 個案有身體不適的狀況時，通常如何處理？ 1 不理會 2 自行服用成藥 3 至醫療院所看診
- 個案被通報 HIV 是因為執行何種篩檢？
1 自行至匿名篩檢點（含 NGO）篩檢 2 自行至衛生局或醫療院所篩檢 3 就醫時醫師建議篩檢
4 監所篩檢（新入監或年度篩檢） 5 職業所需體檢 6 捐血篩檢 7 新兵、役男體檢 8 孕婦篩檢
9 警方查獲之篩檢 10 性病病患篩檢 11 其他篩檢計畫：計畫名稱_____ 12 其他_____
- 個案在被通報 HIV 前，是否曾懷疑自己感染？ 0 否 1 是（※填「否」者請跳答第 5 題）
- 為什麼個案會懷疑自己感染 HIV？ 1 經常有不安全性行為 2 注射毒品共用針具 3 身邊的性伴侶有感染者 4 有身體不舒服，疑似感染的症狀出現 5 其他_____
- 在被通報 HIV 的這次篩檢前，是否有其他 HIV 篩檢經驗？
0 否（※填「否」者請跳答第 7 題）
1 是，時間約在民國_____年_____月（最近的一次）
- 個案第 5 題執行過的篩檢是何種篩檢？
1 自行至匿名篩檢點（含 NGO）篩檢 2 自行至衛生局或醫療院所篩檢 3 就醫時醫師建議篩檢
4 監所篩檢（新入監或年度篩檢） 5 職業所需體檢 6 捐血篩檢 7 新兵、役男體檢 8 孕婦篩檢 9 警方查獲之篩檢 10 性病病患篩檢 11 其他篩檢計畫：計畫名稱_____ 12 其他_____
- 為什麼個案之前都不想去做篩檢？ 1 不知道哪裡可以篩檢 2 認為自己不可能感染 3 知道篩檢地點但時間或距離上很不方便 4 不想面對自己可能被感染 5 其他_____

應辦理事前審查之第二線抗人類免疫缺乏病毒藥品

藥品名稱	成分名稱	成分含量	二線藥起訖日期
Viread tablets	Tenofovir disoproxil fumarate	245mg	2009.12.1-2011.5.31
Isentress film coated tablets	Raltegravir (potassium)	400mg	2009.10.1-2011.6.30
Prezista film coated tablets	Darunavir	300mg	2008.9.1-2011.7.31
Fuzeon lyophilized vials	Enfuvirtide	90mg	2008.9.1-2012.7.1
Celsentri film-coated tablets	Maraviroc	150mg、 300mg	2012.6.1-2013.11.30
Aptivus capsules	Tipranavir	250mg	2008.9.1-迄今
Truvada tablet	Tenofovir disoproxil fumarate	245mg	2010.2.1-2014.9.30
	Emtricitabin	200mg	
Intelence tblets	Etravirine	100mg	2010.4.1-迄今
Prezista tblets	Darunavir	600mg	2010.10.1-迄今
Intelence tblets	Etravirine	200mg	2013.11.1-迄今

注意事項:

- 一、 使用第二線抗人類免疫缺乏病毒藥品者應先加入疾病管制署愛滋病個案管理計畫，並符合下列任一條件：
 1. 曾經接受過多種抗人類免疫缺乏病毒藥物治療失敗，且根據 HIV 抗藥性報告，已無法選出足夠種類之第一線藥物以有效控制病況者。應檢具 HIV 抗藥性報告。
 2. 根據 HIV 抗藥性報告，其他得選用之未具抗藥性第一線 HIV 治療藥物均產生嚴重副作用，實驗室檢查結果或其症狀符合「常見副作用（common toxicity criteria）」Grade 3 以上者。應檢具抗藥性報告及住院摘要或病歷紀錄。
 3. HIV 合併 HBV 患者對多種 HBV 治療藥物產生抗藥性者。應檢具 HBV 病毒量及 HBV 抗藥性報告。
 4. 孕婦及愛滋兒童如有特殊需求，應檢具相關資料。
- 二、 提具第二線抗人類免疫缺乏病毒藥品申請之醫院，應為衛生福利部公告之人類免疫缺乏症候群指定醫事機構。
- 三、 申請醫師應填寫「衛生福利部疾病管制署第二線抗人類免疫缺乏病毒藥品事前審查申請書」並檢附應備文件，郵寄疾病管制署（以下稱本署）辦理事前審查作業，無需備文。
- 四、 本署受理後經行政初審，不符合規定者予以退件；符合規定者，受理事前審查案件登錄，並以迴避方式送交由專家審查，原則性自登錄日起 7 個工作天內由本署以書面回覆審查結果。
- 五、 經事前審查同意之案件，其有效期限自生效日起均有效。若變更治療品，請重新申請。
- 六、 若使用第二線抗人類免疫缺乏病毒藥品超過一年，其病毒量未小於 1000 copies/ml 者，則需重新申請。
- 七、 未依前揭規定辦理事前審查，逕經健保署申報「愛滋病案件」者，核減所報之該項藥品費用。
- 八、 對於已申請第二線抗人類免疫缺乏病毒藥品治療失敗者，建議以第一線抗人類免疫缺乏病毒藥品為替代處方。

衛生福利部疾病管制署
已服用 HAART 未規則回診(領藥)者輔導紀錄單

一、個案基本資料

HIV 編號	教育程度	婚姻狀況
醫療狀況	1.最近一次就醫日：_____。2.最近一次至醫院拿藥(HAART)日：_____。	
最近一次生理狀況	1.最新的 CD4 檢驗值：___cells/μl (日期：2014-03-13)。 2.最新的病毒量檢驗值：___ copies/ml (日期：2014-03-13)	
藥癮行為	1.是否有使用成癮物質或靜脈注射成癮物質？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2.是否有加入替代治療？ <input type="checkbox"/> 非海洛因使用者 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，原因：_____	

二、愛滋病相關知能 (若個案有錯誤或不是很瞭解的知能，請公衛人員予以衛教並導正觀念)

NO	題 項
1	個案能正確瞭解 CD4 和病毒量檢驗值的意義。 <input type="checkbox"/> 完全不瞭解 <input type="checkbox"/> 有點不瞭解 <input type="checkbox"/> 完全瞭解
2	個案知道自己最近一次的 CD4 及病毒量檢驗值是多少。 <input type="checkbox"/> 完全不瞭解 <input type="checkbox"/> 有點不瞭解 <input type="checkbox"/> 完全瞭解 <input type="checkbox"/> 從未測過 CD4 和病毒量
3	個案知道開始服用 HAART 後，應持續規律服藥，不可隨意停止服用藥物。 <input type="checkbox"/> 完全不瞭解 <input type="checkbox"/> 有點不瞭解 <input type="checkbox"/> 完全瞭解
4	個案知道斷斷續續服藥可能會導致體內的病毒產生抗藥性，造成治療困難。 <input type="checkbox"/> 完全不瞭解 <input type="checkbox"/> 有點不瞭解 <input type="checkbox"/> 完全瞭解
5	個案認為若服藥後，體內的病毒量已經達到測不到的標準就可以馬上停藥。 <input type="checkbox"/> 可以 <input type="checkbox"/> 不可以 <input type="checkbox"/> 沒意見
6	個案知道根據疾管署施行之「HIV 個案 HAART 用藥品質提升計畫」，若持續不規則回診或領藥，累積超過 6 個月，將被停止給付藥費 3 個月。 <input type="checkbox"/> 完全不瞭解 <input type="checkbox"/> 有點不瞭解 <input type="checkbox"/> 完全瞭解

三、個案自覺健康狀況及其他健康促進方法

(若個案有錯誤或不是很瞭解的知能，請公衛人員予以衛教並導正觀念)

NO	題 項
1	個案是否因為感染 HIV 後無任何不適感，即使醫生已經建議吃 HAART 了，個案仍不願服用藥物。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2	個案個案是否使用其他健康促進方式保養身體或提升免疫力？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是： <input type="checkbox"/> 中藥材 <input type="checkbox"/> 規律運動 <input type="checkbox"/> 吃維他命 <input type="checkbox"/> 民俗療法(如針灸、拔罐...等) <input type="checkbox"/> 其他：_____

四、醫療可近性調查

NO	題 項
1	個案就醫部分是否有經濟上的障礙？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2	個案之前服用 HAART 是否出現藥物副作用？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 忘記了 <input type="checkbox"/> 是，副作用為_____。 1-1 副作用對生活的影響程度：

