香港愛滋病建議策略

(二零一七年至二零二一年)

香港愛滋病顧問局
Hong Kong Advisory Council on AIDS

香港愛滋病顧問局
二零一七年五月

出版: 香港愛滋病顧問局(秘書處)

地址: 香港九龍聯合道東200號橫頭磡賽馬會診所3樓

電話: (852)3143-7281

傳真 : (852) 2337 0897

網址 : http://www.aca.gov.hk

電郵 : aca@dh.gov.hk

鳴謝

香港愛滋病顧問局感謝所有為本策略文件的制訂提供意見的機構和人士－

- 支援社
- 青鳥
- 關懷愛滋
- 香港大學愛滋病研究所
- 政制及內地事務局
- 衞生署
- 律政司
- 教育局
- 平等機會委員會
- 性傾向條例家校關注組
- 葛蘭素史克股份有限公司
- 民政事務總署
- 香港醫學專科學院
- 香港愛滋病基金會
- 香港西醫工會
- 香港理工大學
- 香港性文化學會
- 醫院管理局
- 姐姐仔會
- 立法會議員陳志全先生
- 午夜藍
- 保安局禁毒處
- 粉紅同盟
- 香港警務處

- 香港大學家庭醫學及基層醫療學系黃志威教授
- 香港彩虹
- 東華學院醫療及健康科學學院
- 香港大學護理學院
- 愛滋病及性病科學委員會
- 保安局
- 香港善導會
- 青躍
- 香港中文大學
- 香港教育大學
- 香港愛滋病服務機構聯盟
- 香港醫學會
- 明光社

香港愛滋病顧問局職權範圍

- 關注本港及海外愛滋病病毒感染及愛滋病相關的趨勢及發展；
- 就香港預防、治理和控制愛滋病病毒感染及愛滋病的政策向政府提供意見；及
- 就協調及監測本港的愛滋病預防計劃及向感染愛滋病病毒人士提供的服務提供意見。

詞彙縮寫

ACA	香港愛滋病顧問局
AEM	愛滋病流行疫情模型
AIDS	後天免疫力缺乏症
ART	抗逆轉錄病毒治療法
ATF	愛滋病信託基金
CDC	疾病控制及預防中心
CFA	愛滋病社區論壇
DH	衞生署
EM	少數族裔人士
FSW	女性性工作者
HA	醫院管理局
HARiS	愛滋病預防項目指標調查
HIV	人類免疫力缺乏病毒
HKCASO	香港愛滋病服務機構聯盟
LSBE	生活技能為本教育
MCFSW	女性性工作者的男性顧客
MSM	男男性接觸者
NGO(s)	非政府組織
PEP	暴露後預防
PLHIV	愛滋病病毒感染者
PrEP	暴露前預防
PWID	注射毒品人士
SPP	衞生署特別預防計劃
STI	性病
TG	男跨女跨性別人士
UATP	產前愛滋病病毒抗體普及測試
UNAIDS	聯合國愛滋病規劃署
WHO	世界衞生組織

目錄

鳴謝 1

香港愛滋病顧問局職權範圍 3

詞彙縮寫 4

目錄 5

引言 7

一. 摘要 9

二. 制定目前策略的依據 10

甲 全球及本港愛滋病流行情況及未來預測 11

乙 現時愛滋病回應措施概覽 13

丙 科學發展及與香港情況有關的衞生/愛滋病權威建議 18

丁 社區持份者及公開意見收集 21

三. 策略框架 23

- 指導原則 23
- 願景 23
- 目的 23
- 目標 24

四. 優先行動領域 25

甲 須要加強的領域 25

(I) 男男性接觸者 (MSM) 25

(II) 愛滋病病毒感染者 (PLHIV) 27

(III) 注射毒品人士 (PWID) 28

(IV) 少數族裔人士 (EM) 29

(V) 男跨女跨性別人士 (TG) 29

(VI) 女性性工作者 (FSW) 及其男性顧客 (MCFSW) 29

乙　須進一步探究的領域　30
(I)　暴露前預防 (PrEP)　30
(II)　自我檢測（家居測試）　30
(III)　孕婦於懷孕後期進行覆驗　30
丙　應維持的現有回應措施　31
(I)　培訓與教育　31
(II)　暴露後預防　32
(III)　收集及使用具策略性資訊　32
(IV)　撥款與資源　32
(V)　支持愛滋病預防及護理的環境　33
五　推行愛滋病項目的關鍵參與者　34
參考資料　36
附件一　愛滋病建議策略(2012-2016)的十一項目標推行進展檢討　41
附件二　愛滋病建議策略(2017-2021)的公衆諮詢　44

引言

自從1984年香港出現首宗愛滋病病毒感染個案以來，針對愛滋病的回應措施在過去三十多年已有顯著發展：多種藥物治療法的引入及改良已能有效地把愛滋病病毒感染從致命的絕症變為可控制的慢性病;社會上有關愛滋病的信息已由帶有恐懼性變為鼓勵社會接納和支持;社區組織的積極參與擴大及鞏固了愛滋病計劃覆蓋的範圍，更能滿足不同人士的需要; 1990年代香港愛滋病顧問局及愛滋病信託基金的成立，使我們在愛滋病疫情的整體處理上更有架構及持續性。

所有這些努力，不但使市民大眾在獲取愛滋病相關服務時比以往更為便捷，愛滋病相關死亡人數更錄得顯著下降。可惜，與此情況相反，新增感染個案卻仍然不斷上升，尤其是男男性接觸者社群，情況極受關注。此現象並非香港所獨有，亦可見於其他國家。

正因如此，我們絕不能對現有的防控工作感到自滿。要達成愛滋病的防治目標，策略性的規劃及研究、有效的服務發展、協作及資源分配、以及可靠的監控及檢討等都是關鍵因素。在制訂此建議策略時，香港愛滋病顧問局繼續採用客觀、整合及諮詢程序，並以保障公共衞生作為重要焦點。顧問局亦使用了實時發放的策略數據以瞭解高危社群的感染情況，並對科學實證進行嚴格檢視，以評估愛滋病介入措施對控制香港愛滋病疫情的成效。最後，在多方的共同努力下為特定目標人群制訂了優先行動領域、以及指導相關的資源及人力投放。

愛滋病病毒感染與其他流行傳染病相比有其獨特之處:愛滋病病毒的感染性相對為低，其傳播也與環境衞生沒有密切關係。在香港，幾乎所有愛滋病病毒感染都由人與人之間的親密接觸直接傳播所引致，因此，個人行為乃問題根源。但倘若我們並不承認個人選擇和個人活動在疫情上所起的關鍵作用，單靠在社會中進一步提升測試、治療及支援服務的質素及數量，並不足以控制愛滋病疫情。然而，處理人們的思想及行為絕非易事，也難以在短期內取得效果。

眼見愛滋病新增感染個案持續上升，並無跡象顯示戰爭結束、勝利在望。事實上，我們正處於一個關鍵時刻，未來數年將決定香港的愛滋病疫情會否失去平衡，不能受控。我們繼續呼籲不同政府部門、醫護工作者、社區組織及整個社會齊心協力，阻止以上情況發生。讓我們各盡本份，在和諧與互相尊重的前提下朝着同一願景，一起努力，成功抵抗愛滋病。

香港愛滋病顧問局

主席

范瑩孫醫生

2017年

一. 摘要

本文件乃香港愛滋病顧問局自1994年以來制訂的第五份策略。在制訂策略的過程中我們集思廣益，諮詢各方意見，包括舉行社區持份者諮詢會，集合個別人士、團體及組織的看法，以及在隨後的公眾諮詢中，收集市民大眾的意見。

自從1984年錄得首宗愛滋病病毒感染呈報個案後，至今三十多年，香港幸運地能夠維持低的愛滋病病毒感染率。一直以來，政府、非政府組織、社區及其他持份者一起共同努力制訂了全面的愛滋病防治計劃，內容涵蓋疫情監察、健康促進及愛滋病預防、治療和護理，並透過制訂政策及撥款來支持計劃的推行。

本建議策略中設定的目的，乃依據聯合國愛滋病規劃署訂立的90-90-90治療目標，以及90%愛滋病綜合預防服務覆蓋率而制定。顧問局並建議於2020年之前在愛滋病預防、檢測、確診及治療方面達成九個目標。建議策略中也指定了兩類主要目標人群：男男性接觸者及愛滋病病毒感染者；另外指定了四類其他高風險人群：注射毒品人士、少數族裔人士、男跨女跨性別人士、女性性工作者及其男性顧客。

本建議策略制定了優先行動領域，並在此部分進一步闡述需要加強的領域、須進一步研究的領域、以及應維持的現有回應措施。建議策略也因應現時的情況、觀察到的最新發展、以及期望達致的結果，來對某些特定措施提出建議和討論。

香港現正處於抵抗愛滋病疫情的關鍵時刻。本建議策略為參與防治工作的主要人士提供一個行動框架，好讓大家能攜手努力，共同預防、治理及控制愛滋病。

二. 制定目前策略的依據

1. 在草擬本策略的過程中，顧問局採用了客觀、綜合的方法，經過連串諮詢過程，並以公共衞生的角度作為主要考慮依據，來為未來五年制定一套能協調和聯合各方面工作的愛滋病回應措施，以應對不斷上升的疫情。在制定此策略時，顧問局考慮了以下六項相互關聯的因素：

   (i). 全球各地及本港的愛滋病流行情況和未來趨勢；

   (ii). 本港目前的愛滋病回應措施；

   (iii). 科學實證；

   (iv). 世界衞生組織 (WHO)、聯合國愛滋病規劃署 (UNAIDS) 及其他國際衞生機構的建議；

   (v). 社區持份者的意見；及

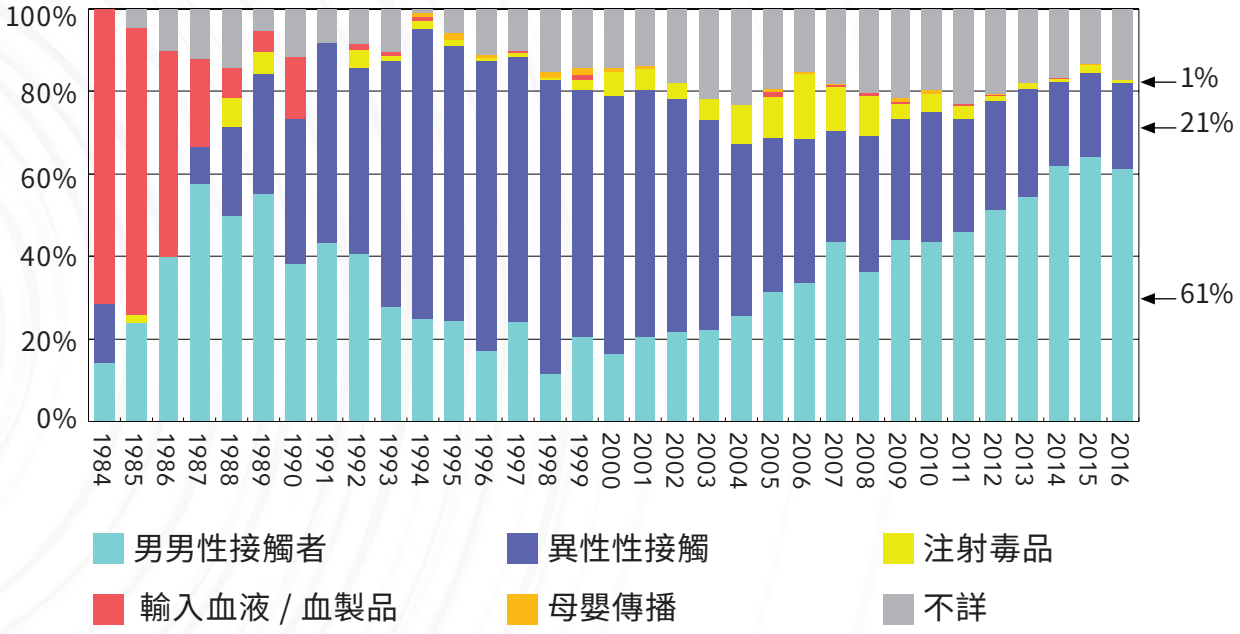
   (vi). 公眾諮詢所收集的意見。

以上各項將在其後章節詳細解釋。

甲. 全球及本港愛滋病流行情況及未來預測

2. 香港衞生署每年接獲的愛滋病病毒感染新增呈報個案持續上升，截至二零一六年底積累個案已達8,410宗。男男性接觸者感染個案佔疫情的絕大多數，於二零一六年新呈報個案中已佔60% (圖1)[1]。感染率方面(感染率指在一特定人口內，已感染愛滋病病毒人士所佔百分比)，男男性接觸者的感染率估計為5.86%；男跨女跨性別人士為18.6%；注射毒品人士為1%；女性性工作者為0%；而香港整體人口的感染率為0.1%[2]。

圖1. 香港每年感染愛滋病病毒人士之傳染途徑分佈 (1984-2016)



3. 根據愛滋病流行疫情模型計算顯示，二零一六年全港估計共有6,500名存活的愛滋病病毒感染者 (包括已受感染但未被診斷人士，也排除了所有已知的死亡和離港個案)。單就二零一六年全年，估計一共有360宗男男性接觸者新增感染個案發生，他們在該年度的新增感染率(亦稱「發生率」,即一年內每100名男男性接觸者人口中的新增感染人數) 估計為每100人年中有1.09個。如果這趨勢持續，二零二一年全香港的存活愛滋病病毒感染者整體數目將達到8,800個；屆時，男男性接觸者的新增感染個案將佔所有新增感染個案的74%，而他們的新增感染率將達到每100人年中有1.64個。

4. 許多其他國家的愛滋病疫情同樣以男男性接觸者為主，例如美國、英國、澳洲、加拿大及中國大陸的一些大城市[3-9]。它們的新增感染個案中，男男性接觸者就佔大多數。

5. 然而，男男性接觸者的疫情不能單靠增加治療比例來控制。愛滋病流行疫情模型顯示，只有在二零二零年前將「持續使用安全套」的比例由現在的60%增加到70%或以上，才能穩定疫情。

6. 過去數年，香港注射毒品人士的感染數目一直穩定地維持在低水平[1-2]。然而，衞生署的調查顯示，二零一五年鴉片類藥物使用者共用針具的比例約為13%[10]。另外，希臘及羅馬尼亞都曾於二零一二年發生注射毒品人士的愛滋病感染爆發情況[11-12]，美國印第安納州於二零一五年也有同類事件發生[13]，這些事件提醒我們，在注射毒品人士當中仍存在愛滋病病毒急速傳播的潛在風險。因此，社會應對注射毒品人士的愛滋病情況和預防保持警覺。

7. 至於異性性接觸感染方面，新呈報數字在過去十年一直穩定地維持在117至147宗；不過由於男男性接觸個案快速上升，致使異性性接觸感染個案佔所有新呈報個案的比例從二零零五年的37%下降到二零一六年的21%。但是，異性性接觸感染個案中的女：男比例卻於同期從0.5:1 躍升到0.81:1，反映女性感染個案不斷上升，當中尤以非華裔人士佔多（二零一六年：非洲裔：14%；非華裔亞洲31%；華裔30%；其他26%）。預計異性性接觸的新感染個案在未來五年將繼續保持穩定。

乙. 現時愛滋病回應措施概覽

I. 本港現時的愛滋病回應措施

8. 上一屆的愛滋病建議策略(二零一二年至二零一六)曾為香港的防治工作訂出五項優先行動領域，包括：(甲)愛滋病預防；(乙)愛滋病治療、護理及支援；(丙)支持的社會環境；(丁)具策略性訊息依據及負責任的干預措施；及 (戊)合作與伙伴。與此同時，策略中亦訂定了十一個預計於策略完結前達成的目標。

9. 從2012至2016的五年中，政府、社群成員、愛滋病非政府組織及相關持份者均積極地參與推行該策略。顧問局秘書處亦分別在第一年、中期及最後一年進行了檢討，定期監測推行進度，並撰寫了檢討報告[14-16]。整體而言，該十一個目標已很大程度地達成。(附件一)

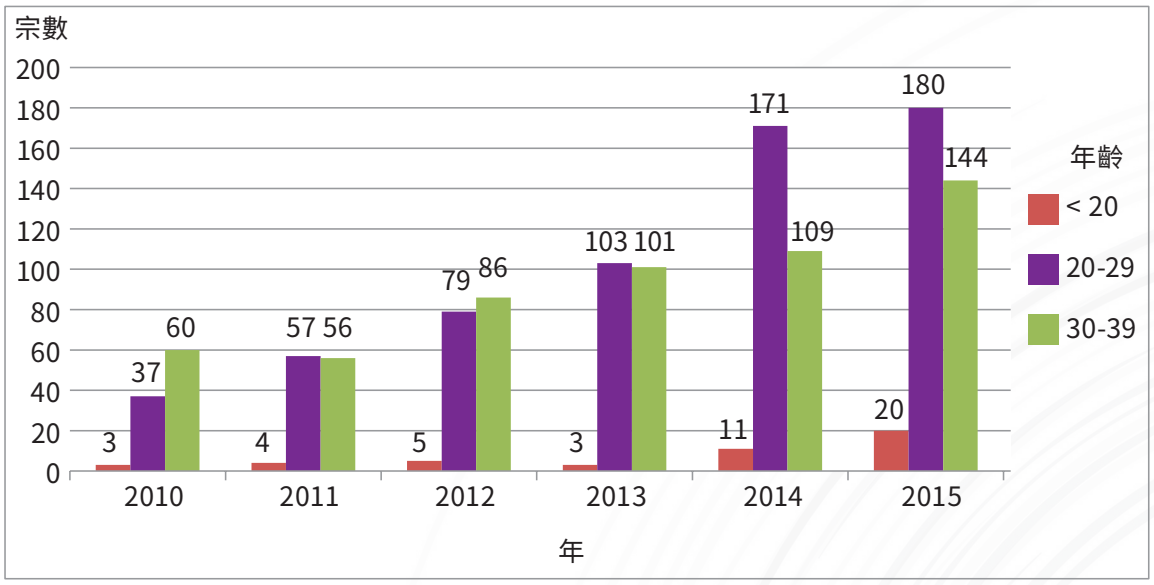
II. 新呈現的服務需要

10. 近年，不同的持份者及前線工作人員均反映有新的工作挑戰不斷呈現，這些挑戰改變了服務對象的需要，以及為他們所提供的服務，當中包括以下數項：

(甲). 年青男男性接觸者的感染個案持續上升，但他們的檢測率、安全套使用及聯繫至醫療護理的比例均比成年男男性接觸者為低

11. 過往五年，新增感染個案中，二十九歲或以下的年青男男性接觸者的感染比例，由24%增加至43%。進一步分析發現，雖然男男性接觸者的整體感染數字由二零一零年的170人，增加至二零一五年的461人，增幅為2.7倍；但二十至二十九歲及二十歲以下年青男男性接觸者的增幅卻超出比例地分別增加4.9及6.7倍。(圖2)

圖2. 二十至三十九歲男男性接觸者的新呈報感染數字 (2010-2015)



12. 直至二零一四年底，在已感染的男男性接觸者中，曾聯繫至醫療護理服務 (即曾經到公立愛滋病診所求診) 及接受治療的比例，以二十歲以下的組別為最少，其次為二十至二十四歲 (表1)。

表1. 已呈報受感染的男男性接觸者中已聯繫至醫療護理服務及接受愛滋病治療的比例 (2015)

	年齡			
	≤19	20-24	25-29	≥30
已聯繫至醫療護理服務	88.2%	94.0%	96.8%	97.5%
已接受愛滋病治療	64.7%	77.2%	86.5%	88.8%

13. 在二零一三年至二零一五年在社區進行的愛滋病預防項目指標調查 (HARiS) 顯示，年青男男性接觸者的愛滋病檢測率及安全套使用率均持續地較低[10] (表2)。

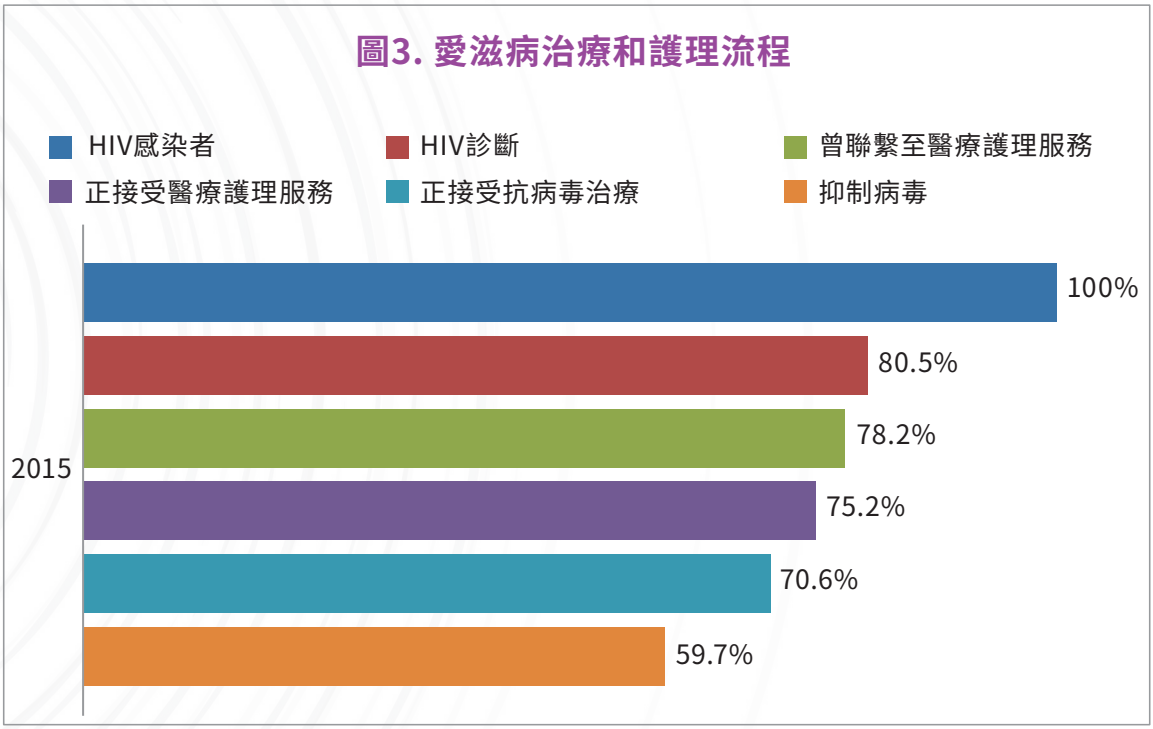
表2. 二零一五年男男性接觸者愛滋病預防項目指標調查結果

回應指標	年齡			
	≤19	20-29	30-39	≥40
過去十二個月的愛滋病檢測率	42.9%	61.8%	63.6%	66%
最近一次與固定性伴侶進行肛交時安全套使用率	47.1%	72.6%	78.4%	86.4%
最近一次與非固定性伴侶進行肛交時安全套使用率	68.2%	80.9%	81.2%	91.4%

(乙). 男男性接觸者於確診、聯繫至醫療護理服務及接受治療的流失

14. 「愛滋病治療和護理流程」(**HIV treatment and care cascade**) 乃用以顯示整個愛滋病治療和護理流程中，愛滋病病毒感染者從最初被診斷、聯繫至愛滋病醫療護理服務、正接受愛滋病醫療護理服務、正接受抗病毒治療(抗逆轉錄病毒治療)、直至抑制病毒(身體中的病毒已降至非常低水平)各階段的模型，這模型能顯示流程中每一層的感染者覆蓋率，從而有助瞭解每一層的流失情況。針對二零一五年的情況而制定的「愛滋病治療和護理流程」顯示，受感染的男男性接觸者中，流失最多在「HIV診斷」層，達20%。雖然「曾聯繫至醫療護理服務」只有2.3%流失，但從這層一直到接受愛滋病病毒治療一共流失了7.6%。(圖3)

圖3. 愛滋病治療和護理流程



(丙). 使用即時訊息以物色性伴侶的情況呈上升趨勢

15. 使用手機的一對一即時訊息來物色性伴侶、以及在家居和酒店舉辦即興私人小型性派對的情況急速上升。這現象使易於受感染人士難以被接觸。近年，非政府組織已開拓了流動程式外展服務，不過此類工作需要投放大量人力。

(丁). 男男性接觸者及跨性別人士使用消遣性毒品增加

16. 根據衞生署的一項調查顯示，香港男男性接觸者使用毒品，尤其於性行為前及進行期間使用毒品(**chemsex, chemfun**) 的情況並非不普遍(11%) [17]。已有研究指出使用毒品 (特別是甲基安非他命，俗稱冰) 與男男性接觸者感染愛滋病病毒有莫大關係[17-19]。毒品能影響社群內安全套的使用及愛滋病治療的依從性 (「治療依從性」指遵從醫生指示，按時服用愛滋病治療藥物)。再者，使用毒品的年輕男男性接觸者很多都不願意因愛滋病及濫藥問題尋求協助。現時已有非政府組織開始使用一些評估工具去評估服務對象的濫藥問題，如有需要會轉介他們至合適的藥物復康服務。

(戊). 易受感染人士的愛滋病檢測率偏低

17. 除男男性接觸者外，其他易受感染人士，例如跨性別人士、女性性工作者及其男性顧客 (表3) 的檢測率亦偏低[10,20]。根據衞生署的一項調查顯示，在場所招募到的女性性工作者 (多為「一樓一鳳」) 的檢測率(61.7%) 較在互聯網招募到的女性性工作者的檢測率 (76.2%) (一般較年輕及無固定工作地點) 為低[20]。

表3. 易受感染人士過去12個月的愛滋病檢測率

易受感染人士	2013	2014	2015
男跨女跨性別人士 (TG)	不適用	50.8%	60.6%
女性性工作者 (FSW)	61.5%	74.7%	73.1%
女性性工作者的男性顧客 (MCFSW)	29.6%	37.3%	36.5%

(資料來源：2013至2015年愛滋病預防項目指標調查)

(己). 少數族裔人士的延誤確診或聯繫到醫療護理

18. 在二零一一年至二零一五年期間，非華裔亞洲人佔該段時期所有新呈報愛滋病病毒感染個案的11%，遠高於他們只佔香港人口5.0%的比例[21]。已感染的非華裔亞洲人包括印尼人（20%）、菲律賓人（15%）、泰國人（13%）、尼泊爾人（8%）及越南人（12%）。當中大約一半為女性、超過一半是在香港以外透過異性性接觸受感染。可惜，當中有不少未能儘早接受治療，待白血球CD4水平（白血球的一種，可作為人體免疫功能的一項指標）已下降到低於200細胞／微升才求診。此外，非洲裔人士雖然只佔香港人口不足0.4%，但在2015年卻佔新呈報感染個案的2.5%[2]。

19. 此外，十五名於2015年新確診受感染，並正在美沙酮診所接受治療的鴉片類藥物使用者中，十名屬少數族裔人士（67%，10/15），當中六名為越南人、三名印度人及一名尼泊爾人。這十名受感染人士中，少於四分之一正接受愛滋病治療及護理。

丙. 科學發展及與香港情況有關的衞生/愛滋病權威建議

I. 愛滋病治療

20. 抗逆轉錄病毒治療法（ART）已被證實能有效抑制感染者的病毒載量(病毒在人體血液內的數量）達至低、甚至低至無法檢測的水平，因此，在單陽伴侶中（一對伴侶中只有一方受感染，另一方未受感染)，抗逆轉錄病毒治療法能有效減低受感染一方把病毒傳給未受感染一方的機會，成效達96%[22-25]。普及治療已被多個海外權威機構推薦（美國、英國、世界衞生組織）[26-28]。然而，香港於二零一五年的新呈報感染個案中，仍有13.5%的感染者是在感染後很遲才獲確診，致使於確診後不久病情已迅速惡化，並演發成為愛滋病。（附件一，目標6）

II. 愛滋病綜合預防

21. 沒有單一的預防策略足以控制愛滋病疫情。若將愛滋病綜合預防以一個全面配套形式提供予高風險社群時，它就能有效改善安全套使用及愛滋病檢測的情況。綜合預防包括人際溝通、網上外展、安全套派發、愛滋病檢測及輔導、性病篩查、以及其他補充支援，例如針對高風險人群的濫藥治療等[29]。聯合國愛滋病規劃署的最新愛滋病策略（2016-2021）就曾建議提供愛滋病綜合預防項目予高風險感染人士，並設定2020年前達到90%的覆蓋目標[4]。

III. 為濫藥人士提供的愛滋病服務

22. 有研究指出，於戒毒治療及康復中心內提供愛滋病預防，及由中心主動提供檢測服務，能有助鼓勵更多使用毒品人士進行愛滋病檢測[30]。然而，香港現時只有衞生署轄下的美沙酮診所為鴉片類毒品使用者提供每年一次的愛滋病尿液檢測，醫院管理局及非政府組織的戒毒治療及康復中心並未明確建立愛滋病預防計劃及檢測服務。

IV. 暴露前預防 (PrEP)

23. 海外多項研究指出，若以抗病毒藥物作為暴露前預防藥物來預防感染愛滋病病毒，其預防成效可達44%至86%[31-35]；成效高低取決於參與者的受感染風險程度，以及藥物依從性（遵照指示按時服藥）。

24. 世界衞生組織在其最新的指引及政策簡介（二零一五年）中，均建議應該向有相當高風險感染的群組（即該群組每年新增感染率為每100個人年中有3個或以上）優先提供暴露前預防藥物[36-37]。世界衞生組織同時認為，暴露前預防藥物是整個綜合預防配套（包括使用安全套）的附加預防措施，而不應被視為可獨立單一使用的預防措施[37]。

25. 到目前為止參考海外經驗，在決定推行暴露前預防藥物作為公共衞生項目之先，必須考慮多個因素，包括挑選合適的使用者及處方者、藥物依從性[38-39]、風險補償（減少安全性行為）、成本效益[40]、由誰付款、財政持續性、社群接受程度及相關污名效應等。

26. 有見及此，愛滋病與性病科學委員會已因應香港的情況，詳細審視暴露前預防這議題，並於二零一六年十二月發表臨時聲明。聲明中，該委員會肯定了暴露前預防藥物作為一項個人預防愛滋病的附加措施，亦同時為使用暴露前預防藥物的臨牀程序提供建議。委員會亦強烈建議在本港進行實施性研究，以獲取多項重要資料，包括最適合的服務提供模式、接觸目標人群的方法、以及可達到的藥物依從性。

V. 自我檢測（家用測試）

27. 一項對照研究顯示，那些獲分配自我檢測的男男性接觸者會更頻密地進行愛滋病檢測[41]。截至二零一六年十二月為止，全球已有四套自我檢測配件獲得全球醫療器材法規調和會的成員組織批准[42]。世界衞生組織曾在一項文獻查閱中指出，自我檢測的靈敏度可高達98.9%，而特異度可達100%，不過要視乎所檢測的人口及環境狀況而定[43]。一些

國家對自我檢測配件的質量、使用說明的清晰及準確程度、聯繫至治療護理、個人收集樣本技術、成本效益、假安全感及在被威迫情況下進行檢測等情況仍表關注。世界衞生組織已於二零一六年十二月新刊登了自我檢測指南[44]，協助各國把自我檢測納入到國家愛滋病檢測策略中。

28. 香港已有一些非政府組織，正為進行自我檢測人士提供輔導及跟進服務。不過，一項於二零一三年進行的研究顯示，男男性接觸者進行自我檢測的比例偏低 (6.1%) [45]，反映出愛滋病自我檢測在香港還未普及。

VI. 為孕婦於懷孕後期進行覆驗

29. 雖然香港的產前愛滋病病毒抗體普及測試覆蓋率很高 (≥98%)，但在二零零九至二零一五年期間，本港仍有五名嬰兒受到感染。他們的母親在懷孕初期都曾接受產前愛滋病病毒抗體普及測試，結果為陰性，因此懷疑她們是在懷孕後期、或在產後初期受感染，然後在不知情下將病毒傳給嬰兒。

30. 除了需要加強婦女在懷孕期間有關安全性行為及預防愛滋病的教育外，世界衞生組織、美國疾病控制及預防中心、英國愛滋病協會及台灣疾病控制及預防中心均推薦，為那些有高風險行為及來自愛滋病病毒感染率高地區的孕婦再次進行覆檢[46-48]。

VII. 暴露後預防 (PEP)

31. 愛滋病及性病科學委員會於二零零六年制訂的立場聲明中，並不建議向那些經性接觸暴露於愛滋病病毒 (又稱「非職業性暴露」) 的人士例行地施予暴露後預防藥物，以作預防愛滋病之用[49]。但實際上，多年以來，公立醫院已設有相關指引，指導「非職業性暴露後預防」的使用。與此同時，世界衞生組織亦出版了多份使用暴露後預防的文獻和指南[50-51]，當中對不同年齡人士的用藥方法，以及依從性輔導等均提出了建議。為了確保非職業性暴露後預防能適當地和規範化地被使用，這議題值得再次被討論，務求能制訂一套適時和適合香港使用的專業指南。

丁. 社區持份者及公開意見收集

I. 社區持份者諮詢收集的意見

32. 在二零一五年十月十六日至十二月四日期間，香港愛滋病顧問局轄下的愛滋病社區論壇主辦了為期八星期的社區持份者諮詢，期間收集了持份者、相關社群及市民大眾對下一份香港愛滋病建議策略 (2017-2021) 的意見。

33. 來自持份者諮詢的建議可歸納為九大範疇[52]：

(1) 使各種預防工具的獲取更為便捷

(2) 確保為優先社群提供在地點、文化及語言上適當的教育及推廣

(3) 為優先關注社群中需要關注的個別群體制定專門介入項目

(4) 擴展自願性輔導及測試服務，鼓勵更多人接受檢測

(5) 加強愛滋病治療、護理服務以及服務聯繫

(6) 處理對愛滋病的污名及歧視，以及愛滋病與優先關注社群的關聯

(7) 提升並推動公眾 (性) 教育

(8) 檢討、修訂及制訂法律和政策，以保護優先關注社群

(9) 動員政府及公民社會團體合作以創造更廣泛的相關改變

34. 以上收集到的建議已在顧問局第九十四及九十五次會議中討論。此外，顧問局在二零一六年八月二十五日至九月十五日期間，為策略文件的第一份草稿進行新一輪社區持份者諮詢，一共收到27份來自多個組織和機構的意見書。所有意見已在第九十六次顧問局會議中討論。

II. 公眾諮詢收集的意見

35. 顧問局於二零一六年十一月七日至十二月三十一日期間，為建議策略的草稿舉辦了為期八星期的公眾諮詢(附件二)，期間一共收集到34份以個人和組織名義遞交的意見書，當中涉及十個範疇：

(i) 納入更多的目標人群和目標；

(ii) 法律事宜；

(iii) 改善男男性接觸者的愛滋病計劃；

(iv) 改善愛滋病病毒感染者的護理和監測；

(v) 提高暴露前和暴露後預防服務和資料的可獲取性；

(vi) 改善愛滋病檢測服務的可及性；

(vii) 有關學校和公眾的愛滋病、性傾向和歧視的教育；

(viii) 資金和資源運用；

(ix) 培養一個反歧視的環境；及

(x) 其他。

三. 策略框架

36. 此策略框架是根據聯合國愛滋病規劃署的《2016-2021年戰略》、世界衞生組織的《全球衞生部門2016-2021愛滋病毒戰略》[4,53]，以及參考香港愛滋病顧問局以往的策略而制定[54]。此文件之前各部份所羅列有關現時愛滋病狀況與應對、科學發展、各大衞生權威機構及社區持份者與公眾的意見均被一併考慮。

指導原則

37. 顧問局在制定此策略時依從以下的指導原則：

(甲) 採用以實證為本的手法；

(乙) 鼓勵社群參與；

(丙) 策略中的建議能被相關社群及整體社會所接受、易於獲取、及能夠負擔；

(丁) 締造具有支持性和有利的環境；及

(戊) 考慮撥款的優先排序。

願景

38. 零新增感染、零歧視及零愛滋病相關死亡

目的

39. 於二零二零年底前，須達成以下四項目的：

- 90%高風險人群已經獲得愛滋病綜合預防服務；
- 90%愛滋病病毒感染者已經知道自己受感染；
- 90%被確診受感染人士已經接受抗逆轉錄病毒治療法；及
- 90%正接受治療人士已經能成功抑制病毒載量。

目標

40. 建議於二零二零年達成以下目標：

1.	(甲) 男男性接觸者與非固定性伴侶及固定性伴侶於上一次肛交時使用安全套的比例最少分別達到85%及70% (乙) 男男性接觸者無論與固定性伴侶及非固定性伴侶於肛交時的持續使用安全套比例最少達到70%
2.	(甲) 注射毒品人士中，於過去一個月曾與人共用針具比例維持在10%以下 (乙) 注射毒品人士中，於過去一個月曾與日常吸毒伴侶以外的人士共用針具比例維持在5%以下
3.	男男性接觸者、男跨女跨性別人士、女性性工作者及注射毒品人士於過去一年內曾獲得愛滋病綜合預防服務中至少其中一項（包括免費安全套、愛滋病檢測、免費新針筒、接收愛滋病預防訊息或暴露前預防）的比例最少達90%
4.	• 最少60%的男男性接觸者 • 最少60%的男跨女跨性別人士 • 最少90%的女性性工作者 • 最少90%的注射毒品人士 在過去一年內曾獲取免費安全套
5.	80%的男男性接觸者、男跨女跨性別人士、女性性工作者及注射毒品人士在過去一年內，曾接受愛滋病檢測並知道測試結果
6.	90%愛滋病病毒感染者已獲確診
7.	90%已知自己受感染的人士正在接受治療
8.	90%正接受治療人士已經能成功抑制病毒載量
9.	零宗本港出生嬰孩新增感染個案

四. 優先行動領域

41. 未來五年優先行動領域乃建基於此策略的目標及現時服務不足的地方而制定，可分類為：(甲)須要加強的領域；(乙)須進一步研究的領域；及(丙)應維持的現有回應措施。

甲. 須要加強的領域

42. 顧問局已就須要加強的領域界定了**兩類主要目標人群**和**其他高風險人群**：

主要目標人群：

(I) 男男性接觸者

(II) 愛滋病病毒感染者

其他高風險人群：

(III) 注射毒品人士

(IV) 少數族裔

(V) 男跨女跨性別人士

(VI) 女性性工作者及其男性顧客

(I) 男男性接觸者 (MSM)

43. ***集中地針對年青男男性接觸者：***男男性接觸者的愛滋病項目應集中於此社群內較年輕的成員，至於針對年紀相對較大的成員的愛滋病項目則必須繼續維持。不安全性行為、酒精和毒品濫用 (chemsex, chemfun)、愛滋病檢測率及治療率偏低等問題均是重要挑戰，急需處理。建議使用創新方法 (包括數碼科技) 以接觸這批年輕社群人士。

44. ***增加安全套使用：***愛滋病流行疫情模型顯示，男男性接觸者的愛滋病疫情不能單靠提升感染者接受藥物治療比例來控制，而必須要在二零二零年之前把持續使用安全套的比率提升到70%或以上才能穩定疫情。尤其，男男性接觸者與所有性伴侶（包括有感情及固定性伴侶）進行性行為時必須持續使用安全套這一點極為重要，急須處理。相較之下，男男性接觸者與非固定性伴侶及商業性伴侶（包括男性性工作者及其男性顧客）發生性行為時的安全套使用率雖然較高，但該比率亦需提高。建議以套裝形式提供綜合預防服務，當中包括發放資訊、派發安全套、提供愛滋病檢測、轉介及聯繫至醫療護理等服務。

45. ***提倡每年進行愛滋病病毒檢測：***「愛滋病治療和護理流程」中流失最多為「HIV診斷」這一層。因此，應提倡所有男男性接觸者，不論其自我評估感染風險如何，都應每年進行愛滋病檢測，並使之成為社群共識。同時必須發掘新技術及新的服務形式，以擴展公共及私營醫療機構，以及社區機構提供的愛滋病檢測服務。

46. ***阻截感染者在聯繫及繼續接受護理及治療時的流失：***必須加強力度以確保所有已經受感染的個案一經確診，能夠儘快及妥善地獲得轉介接受護理及治療。必須為感染者提供專科評估、治療及護理服務；只要病人願意接受藥物治療，就必須儘早為他們提供合適的治療方案。主動地給予有效的社會支援將有助他們繼續接受護理及維持藥物依從性。必需繼續密切監察感染者的轉介和繼續留在護理體系中的情況。（參閱第49段）

47. ***藥物濫用：***一方面，必須加强愛滋病服務機構的能力建設，使其工作人員有能力辨識使用毒品的男男性接觸者，並能提供相關的服務及合適的轉介。另一方面，可考慮開拓或改善醫院管理局及非政府組織的藥物治療及康復中心內的愛滋病預防及檢測服務。所有相關組織應一起工作以促成愛滋病與毒品相關服務的協作。

48. ***建立一個沒有歧視的環境予男男性接觸者社群：***為男男性接觸者提供一個無障礙地獲得愛滋病資訊及服務的環境非常重要；前線工作人員必須持續獲得培訓，以提高他們對同志社群需要的意識；也要教育市民大眾建立一個沒有歧視的環境。必需持續監察男男性接觸者使用愛滋病服務的情況。顧問局知悉男男性接觸者社群中有部分人士提出他們對污名和歧視情況的長久深切關注，部份並且強烈要求性小衆受到法律保障。針對這情況，必須繼續留意相關法律對有效遏止男男性接觸者愛滋病疫情的可靠証據。

(II) 愛滋病病毒感染者 (PLHIV)

49. 及早接受適當的愛滋病治療和維持藥物依從性，不僅能降低感染者的死亡率和發病率，更能使感染者過正常生活。另外，儘早接受有效治療亦可大大降低愛滋病疫情蔓延的風險。緊密無縫的護理流程，便是成功做到以上各點的最終指標。因此，以下的工作甚為重要：

(甲). 採用多個專科及專業組成的團隊，以提供全面、尊重病人及尊重其伴侶的治療護理服務；

(乙). 確保可公平地獲得高質素、整全和多模式的服務，並能關顧感染者身體、心理、以及社交上的需要，包括感染者如何透露自己的感染狀況；

(丙). 必需繼續採用“治療即預防”作為預防愛滋病的公共衞生策略；所有被診斷受感染人士需要接受跟進，確保他們已聯繫至護理服務、並已接受適當藥物治療，以及能成功抑制病毒；此外，應主動鼓勵感染者的性伴侶接受愛滋病檢測；

(丁). 年輕及新確診感染者容易流失而中斷治療，需加強工作保留他們於醫療體系內以接受長期治療；

(戊). 通過有系統的培訓教育以進一步發展專門技能，以及保持高質素的愛滋病預防、護理與支援服務，尤其向前線護理人員推廣全人護理（參閱第60段）；

(己). 通過病人的親身參與及綜合性計劃，以輔導形式來支持病人在接受抗病毒藥物治療方面的依從性，尋找影響其服藥的原因並加以處理，以及持續監察病人的服藥情況。另外，需加強社區支援，鼓勵社區參與及接納，從而改善治療依從性；

(庚). 加強儘早發現和處理合併感染及共病現象，包括：過早衰老、心血管疾病、慢性肝腎疾病和癌症等，這些疾病於愛滋病病毒感染者較常見 ；

(辛). 加強和維持對化驗方面的支援，以儘早診斷伺機性感染，例如：耐多藥結核病、監察治療後病毒反應，發現及監測愛滋病耐藥性；

(壬). 加強和協調不同病人在護理服務上的需要，包括有精神健康和濫藥問題的病人、有生育和家庭計劃需要的女性、以及在護理銜接上有需要的青少年。

(III) 注射毒品人士 (PWID)

50. ***接觸少數族裔中的注射毒品人士：***必須高度關注那些新近確診或已知受感染的人士聯繫至治療護理及持續接受治療護理的情況。同時亦可以考慮與其他撥款機構合作。

51. ***招募至美沙酮診所：***緩害策略無論對個人健康及公共衞生都有正面影響，因此必需積極地招募注射毒品人士接受美沙酮治療（包括：代用治療和戒毒計劃），使緩害策略能發揮最大作用。

52. ***避免共用針具：***即使不能避免注射毒品，亦應鼓勵他們只可使用全新或已消毒的針筒注射，且不可與別人共用。應教育注射毒品人士妥善棄置使用過的針筒、教導清潔人員安全處理使用過的針筒、並在注射毒品人士經常出沒的地方提供針筒棄置箱及鉗子。必需繼續緊密監察注射毒品人士的愛滋病情況、注射行為、共用針具、及獲取清潔針筒等情況。

53. ***保持高的愛滋病檢測率：***這有助監察愛滋病病毒感染趨勢與儘早轉介受感染的注射毒品人士接受治療護理服務。

(IV) 少數族裔人士 (EM)

54. 必須加強針對非華裔亞洲人和非洲裔人士的愛滋病教育，推廣使用安全套以預防愛滋病及定期檢測。針對少數族裔的服務必須具文化及語言敏感度、强調保密性、便於獲取、以及符合他們的負擔能力。確診後的護理聯繫同樣重要。此外，也須發展為少數族裔提供服務的工作人員的專業知識和技能，例如：加強傳譯人員在愛滋病及健康課題方面的培訓，並進一步加強傳譯服務的宣傳。

(V) 男跨女跨性別人士 (TG)

55. 雖然針對男跨女跨性別人士的策略無論在愛滋病預防、治療及護理方面都與男男性接觸者相類似，但仍需要收集更多跨性別社群的愛滋病相關行為及風險因素的本地資料，以便進一步完善愛滋病回應措施。同時，亦需要為工作人員提供培訓，使其提供的服務對跨性別社群的需要更具敏感度，有別於男男性接觸者的服務。

(VI) 女性性工作者 (FSW) 及其男性顧客 (MCFSW)

56. 必須維持現時對女性性工作者及其男性顧客推行的愛滋病預防工作，包括派發安全套及教育他們使用安全套；與此同時，由於少數族裔女性性工作者較少獲取愛滋病預防及護理服務，所以必須加强對她們進行防治工作。需要繼續監察女性性工作者及其男性顧客的愛滋病感染及獲取護理服務的情況，並會繼續與相關政府部門就警方執法時沒收安全套的做法進行溝通。

乙. 須進一步探究的領域

(I) 暴露前預防 (PrEP)

57. 在考慮任何以暴露前預防藥物作為公共衞生項目的可能性時，必須小心審視和評估相關的科研証據，包括：藥物在不同社群及不同藥物依從性下的臨床效益及成本效益、長期的臨床及行為效果、藥物抗藥性、以及最重要的是藥物對遏止愛滋病疫情的影響力。除了參考其他國家的暴露前預防項目的成效外，針對本港年輕及高風險男男性接觸者、及單陽伴侶所進行的暴露前預防調查及試驗計劃應給予優先考慮，以瞭解社群對暴露前預防的接受程度和此服務在香港的需求，這將有助發展適合的服務提供模式。基於暴露前預防近幾年的急速發展，有需要加強向相關持份者及社群提供這方面的教育和技術支援。

(II) 自我檢測 (家居) 測試

58. 必須密切留意自我檢測在海外的發展情況，以及對本港可能造成的潛在影響。鼓勵愛滋病前線護理人員及非政府組織優化自我檢測服務的提供方式、向自我檢測結果為陽性人士提供充足支援、以及確保能妥善轉介他們接受確診測試和治療。香港現時並無法例規管愛滋病病毒自我檢測配件，但留意到政府正計劃引入新法例以監管醫療器材，包括體外診斷醫療器材 (涵蓋愛滋病病毒自我檢測配件)，確保有關器材在進入本港市場前是安全、優質，並且能如預期般運作。另外，須向市民大眾就如何挑選合適檢測器材提供建議。

(III) 孕婦於懷孕後期進行覆驗

59. 需要更深入地與持份者討論關於孕婦於懷孕後期覆驗的需要、可行性和實際流程，以杜絕母嬰傳播。

丙. 應維持的現有回應措施

(I) 培訓與教育

60. 要減低性傳播愛滋病病毒和性病的機會，應避免進行高風險性行為，例如於早年發生性行為、有多個性伴侶、有非固定性伴侶，以及應避免濫藥行為。必須維持向公眾及在學校提供有關愛滋病知識、安全性行為和愛滋病相關歧視的教育。在學校推行全面性教育時，建議採用生活技能為本的方式進行，並須加強教學內容上的廣度與深度，以提供適合不同年齡的健康教育，當中包括有關家庭、人際關係、性、及安全套使用的知識、實際技巧、價值觀和態度等，並將焦點集中於減低風險行為。對於正在向青少年提供以上相關輔導服務的前線員工應增加支援。可考慮定期向中學生進行愛滋病知識及風險性行為調查。

61. 明白社會上對於在學校內討論性傾向或性別認同等話題仍持有不同看法，但現行關於尊重不同性傾向人士的教育必需維持。應培養正面的價值觀及態度，例如尊重及關懷他人，這將有助鼓勵培養大家對有多元需要人士(包括學生)的敏感度。應向教育界人士、父母及從事支援工作的員工提供相關培訓計劃，尤其關於支持受愛滋病病毒感染的學生融入學校及朋輩方面。

62. 另外，應向公營及私營服務的醫療、護理、輔助醫療人員及學生提供訓練，包括那些並非直接參與愛滋病護理的人士，以加強他們對愛滋病病毒感染的警覺性及知識、提高對性小眾、愛滋病病毒感染者及少數族裔人士的需要的敏感度，以及建立一個無歧視的醫護環境。此外，應考慮檢視在所有教育機構的醫療、護理及專職醫療學士及碩士課程內加入愛滋病病毒／愛滋病課題的可行性。

(II) 暴露後預防

63. 應在愛滋病與性病科學委員會中考慮修訂本港有關暴露後預防的建議，或更新臨床指南。應密切留意職業性與非職業性暴露後預防的使用，以確保該藥物能有效預防愛滋病，以及該服務能有效地被使用。

(III) 收集及使用策略性資訊

64. 除了繼續透過衞生署的監測系統收集策略性資訊外，亦鼓勵學術界及非政府組織進行定期調查及研究，尤其是作業研究，以及對未如理想地獲取愛滋病服務的高風險人士和濫藥人士進行社會行為學研究。需維持本地組織與區域內的相關單位（如珠江三角洲的衞生部門）的伙伴合作關係，以促進雙方的資訊分享及經驗交流。定期檢視及發放相關資訊，能有助及時調整愛滋病防控措施。

(IV) 撥款與資源

65. 在可見的將來，愛滋病感染疫情預計仍以男男性接觸者為主。因此，必須確保資源獲分配予男男性接觸者的愛滋病項目，尤其是針對年輕組群的項目、以及改善安全套使用、提高普及檢測率、增強治療護理的聯繫、保留在治療護理體系、以及進行研究等項目。另一方面，不應忽視對其他社群的撥款。面對感染愛滋病病毒人數不斷增加，再加上他們需要終身護理，因此，必須確保有足夠撥款與資源維持高質素的病人服務。

66. 除此之外，撥款機制必須保持一定彈性，以回應任何疫情上的急速改變。此外，也建議定期檢討撥款分布和愛滋病項目的內容，以確保資源已獲分配到最有需要和對控制愛滋病疫情具影響力的地方。

(V) 支持愛滋病預防及護理的環境

67. 在全球以至香港，愛滋病依然是被受歧視的疾病。受感染人士往往表示過去曾有難以獲取服務的經歷，因此，必須繼續促使建立一個能支持愛滋病預防及護理的有利環境。當中包括繼續向不同界別的政策制定者及高級職員，例如：醫療護理、藥物濫用及社會服務界等，進行溝通和教育，以加強他們對感染者的需求的敏感度。同時亦鼓勵、並賦予社群人士有能力與機會去參與愛滋病的策略制定和實行；以及繼續呼籲市民大眾對感染者和易受感染社群持接納態度，並多瞭解他們的需要。

五. 推行愛滋病項目的關鍵參與者

68. 香港的愛滋病項目乃集合全社會不同群體及人士的整體努力合作而成。以下是一起朝著新目標推進，共同實踐優先行動領域的關鍵參與者：

政府政策局 — 食物及衞生局是政府制訂愛滋病政策的主導機構；其他有份參與愛滋病政策制定的政策局包括教育局和保安局。

愛滋病顧問局 — 顧問局向政府提供有關愛滋病政策的意見。顧問局亦就協調和監察本港的愛滋病預防和護理項目及服務提出建議，並且制定香港愛滋病建議策略。

愛滋病信託基金 — 信託基金在資助社群為本的愛滋病活動、項目監察和評估、以及在因應感染情況和需求的改變下調整撥款這數方面，都擔當著一個極其重要的角色。

衞生署 — 衞生防護中心透過轄下的特別預防計劃，定期監察愛滋病流行情況，並為醫護人員及非政府組織提供技術性支援。有份參與愛滋病項目的衞生署轄下其他服務單位有社會衞生科、胸肺科、公共衞生化驗服務處、以及美沙酮診所。

醫院管理局 — 醫院管理局轄下的公立醫院負責為感染者提供住院、門診及轉介服務，以及向衞生署提供監測數據。

非政府組織及持份者社群 — 非政府組織是關鍵參與者，它們向難於接觸的社群推行針對性預防工作和收集訊息。它們不但參與能力建設，還動員和賦權予易受感染社群。香港愛滋病服務機構聯盟負責協調部分愛滋病非政府組織之間的工作。

醫護界 — 醫護提供者可以擔當主動角色，包括給予有關安全性行為和減少風險行為的健康建議、提供愛滋病檢測服務、呈報愛滋病病毒感染個案、以及轉介感染者接受愛滋病治療及護理。

學術界 — 學術界可以進行各種研究，以了解更多現時的感染狀況，以及其他特定的感染風險因素、模式、和干預措施。學術界也可以於高等教育中加入性健康課程，宣傳愛滋病預防，以及舉辦聯校活動，提升對安全性行為及濫藥等問題的意識。

整體社會 — 其他多個伙伴在推展愛滋病項目方面均可扮演重要角色，它們包括（但不限於）傳媒、政府諮詢機構、區議會、學校、私營機構、專業團體和慈善組織等。

參考資料

1. Department of Health, Virtual AIDS Office of Hong Kong. Press meeting presentation (28 Feb 2017).
http://www.info.gov.hk/aids/english/surveillance/latest_stat.htm

2. Department of Health, Virtual AIDS Office of Hong Kong. Annual surveillance report on HIV/AIDS 2015.
http://www.info.gov.hk/aids/english/surveillance/sur_report/hiv15.pdf

3. World Health Organization. HIV/AIDS. Men who have sex with men.
http://www.who.int/hiv/topics/msm/about/en/

4. UNAIDS. UNAIDS Strategy 2016-2021. On the Fast-Track to end AIDS.
http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/UNAIDS_PCB37_15-18

5. US CDC. HIV in the United States: At A Glance.
http://www.cdc.gov/hiv/statistics/overview/ataglance.html

6. Public Health England. National HIV surveillance data tables (2014).
https://www.gov.uk/government/statistics/hiv-data-tables

7. The Kirby Institute for infection and immunity in society 2014. HIV in Australia. Annual Surveillance Report 2014 Supplement.
https://kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/hiv/resources/HIVASRsuppl2014_online.pdf

8. Government of Canada. Summary: Estimates of HIV incidence, prevalence and proportion undiagnosed in Canada, 2014
http://healthycanadians.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/hiv-aids-estimates-2014-vih-sida-estimations/index-eng.php#a2

9. UNAIDS. The Global Report 2013. P.22.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf

10. Department of Health, Virtual AIDS Office of Hong Kong. HARiS - HIV and AIDS Response Indicator Survey (2013-2015)
http://www.info.gov.hk/aids/english/surveillance/off_surreport.htm

11. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. HIV Outbreak among drug users in Greece. 31 Oct 2012.
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/752/HIV_update_Greece_2012_400439.pdf

12. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. The evolution of the HIV/AIDS outbreak among IDUs in Romania. October 2012.
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_218843_EN_02.%20A.%20Botescu%20-%20The%20evolution%20of%20the%20HIV-AIDS%20outbreak%20among%20IDUs%20in%20Romania.pdf

13. US CDC. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). 1 May 2015.
https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6416a4.htm

14. Review on the first year implementation of the Recommended HIV/AIDS Strategies for Hong Kong 2012 – 2016.
http://www.aca.gov.hk/publication/1stReview.pdf

15. Mid-term review of the implementation of the Recommended HIV/AIDS Strategies for Hong Kong 2012-2016.
http://www.aca.gov.hk/publication/2ndReview-e.pdf

16. End-term review of the implementation of the Recommended HIV/AIDS Strategies for Hong Kong 2012-2016.
http://www.aca.gov.hk/

17. Department of Health, Virtual AIDS Office of Hong Kong. HARiS - HIV and AIDS Response Indicator Survey 2014 for Men who have Sex with Men 03/2015
http://www.info.gov.hk/aids/english/surveillance/sur_report/oth_rep2015_msm_e.pdf

18. Khan MR1, Berger A, Hemberg J, O'Neill A, Dyer TP, Smyrk K. Non-injection and injection drug use and STI/HIV risk in the United States: the degree to which sexual risk behaviors versus sex with an STI-infected partner account for infection transmission among drug users. AIDS Behav. 2013 Mar; 17(3): 1185–1194.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3923515/

19. Campbell AN1, Tross S, Calsyn DA. Substance use disorders and HIV/AIDS prevention and treatment intervention: research and practice considerations. Soc Work Public Health. 2013;28(3-4):333-48. doi: 10.1080/19371918.2013.774665.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3694750/

20. Department of Health, Virtual AIDS Office of Hong Kong. HARiS - HIV and AIDS Response Indicator Survey 2013 for Female sex workers
http://www.info.gov.hk/aids/english/surveillance/sur_report/oth_rep2014_fsw_e.pdf

21. Hong Kong Census and Statistic Department. 2011 Population Census. Summary Results. Table 8. Population by Nationality.
http://www.statistics.gov.hk/pub/B11200552011XXXXB0100.pdf

22. Rebecca F Baggaley, Richard G White, T Déirdre Hollingsworth, and Marie-Claude Boily. Epidemiology. Heterosexual HIV-1 infectiousness and antiretroviral use: Systematic review of prospective studies of discordant couples. 2013 Jan; 24(1): 110–121.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4312663/

23. Oldenburg CE., Barnighausen T., Tanser F., Iwuji CC., Gruttola VD., Seage GR., Mimiaga MJ., Mayer KH., Pillay D., and Harling G. Clinical Infectious Diseases. Antiretroviral therapy to prevent HIV acquisition in serodiscordant couples in a hyperendemic community in rural South Africa. 2016.
http://cid.oxfordjournals.org/content/early/2016/06/25/cid.ciw335.full.pdf

24. Jia Z1, Mao Y, Zhang F, Ruan Y, Ma Y, Li J, Guo W, Liu E, Dou Z, Zhao Y, Wang L, Li Q, Xie P, Tang H, Han J, Jin X, Xu J, Xiong R, Zhao D, Li P, Wang X, Wang L, Qing Q, Ding Z, Chen RY,25.Liu Z, Shao Y. Lancet. Antiretroviral therapy to prevent HIV transmission in serodiscordant couples in China (2003-11): a national observational cohort study. 2013 Oct 5;382(9899):1195-203. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61898-4
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23206835

25. The New England Journal of Medicine. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral TherapyVolume 365(6), 11 August 2011, p 493–505.
http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.18.0b/ovidweb.cgi?Link+Set+Ref=00126334-201506010-00014|00006024_2011_365_493_cohen_antiretroviral_%7c00126334-201506010-00014%23xpointer%28id%28R1-14%29%29%7c10%7c%7covftdb%7c00006024-201108110-00005&P=73&S=GMKGFPINDGDDPCPKNCJKOAJCIACPAA00&WebLinkReturn=Full+Text%3dL%7cS.sh.22.23%7c0%7c00126334-201506010-00014

26. US Department of Health and Human Services. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. Januray 2016.
https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf

27. UK British HIV Association. Treatment of HIV-1-positive adults with antiretroviral therapy (2015)
http://bhiva.org/documents/Guidelines/Treatment/2015/2015-treatment-guidelines.pdf

28. World Health Organization. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. September 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf

29. Firestone R, Rivas J, Lungo S, Cabrera A, Ruether S, Wheeler J, and Vu L. Effectiveness of a combination prevention strategy for HIV risk reduction with men who have sex with men in Central America: a mid-term evaluation. BMC Public Health. 2014. 14:1244 DOI: 10.1186/1471-2458-14-1244
http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1244

30. Metsch LR1, Feaster DJ, Gooden L, Matheson T, Mandler RN, Haynes L, Tross S, Kyle T, Gallup D, Kosinski AS, Douaihy A, Schackman BR, Das M, Lindblad R, Erickson S, Korthuis PT, Martino S, Sorensen JL, Szapocznik J, Walensky R, Branson B, Colfax GN. Implementing rapid HIV testing with or without risk-reduction counseling in drug treatment centers: results of a randomized trial. Am J Public Health. 2012 Jun;102(6):1160-7. doi: 10.2105/AJPH.2011.300460. Epub 2012 Apr 19.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22515871

31. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, et al. (December 2010). "Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men". New England Journal of Medicine 363 (27): 2587–99. doi:10.1056/NEJMoa1011205
http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1011205

32. Kashuba A, et al. Pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: how to predict success. Lancet 2012, 379:2409-11.
http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)61852-7.pdf

33. Choopanya K, Martin M, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. The Lancet 381 (9883): 2083–2090. doi:10.1016/S0140-6736(13)61127-7. PMID 23769234.
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613611277

34. Molina J-M, et al. On demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infectcion. N Engl J Med 2015;373:23:2237-46
http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1506273

35. McCormack S, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial Lancet 2016;387:53-60
http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)00056-2.pdf

36. WHO. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. September 2015.
http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/

37. WHO. Policy brief. WHO expands recommendation on oral pre-exposure prophylaxis of HIV infection (PrEP).
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/197906/1/WHO_HIV_2015.48_eng.pdf?ua=1

38. Dimitrov DT, MÂsse BR, Donnell D. PrEP adherence patterns strongly impact individual HIV risk and observed efficacy in randomized clinical trials. J Acquir Immune Defic Syndr. 2016 Mar 16.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26990823

39. Amico KR, Mehrotra M, Avelino-Silva VI, McMahan V, Veloso VG, Anderson P, Guanira J, Grant R; iPrEx Study Team. Self-reported Recent PrEP Dosing and Drug Detection in an Open Label PrEP Study. AIDS Behav. 2016 Mar 18.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26992393

40. ECDC Meeting Report. Pre-Exposure Prophylaxis in the EU/EEA – Challenges and Opportunities. Stockholm 27-28 April 2016.
https://www.researchgate.net/publication/303438065_Pre-Exposure_Prophylaxis_in_the_EUEEA_Challenges_and_Opportunities

41. Katz D, Golden M, Hughes J, Farquhar C, Stekler J. HIV self-testing increased HIV testing frequency among high-risk men who have sex with men: a randomized controlled trial. Presentation at the 8th International AIDS Society Conference, Vancouver, Canada, 19-22 July 2015.
http://pag.ias2015.org/PAGMaterial/PPT/669_12052/Katz_IAS2015_Slides%20v3.pptx

42. WHO/UNITAID. Technology Landscape: HIV rapid diagnostic tests for self-testing. 2nd Edition. 1 July 2016.
http://unitaid.org/images/marketdynamics/publications/UNITAID_HIV_rapid_diagnostic_tests_for_self-testing.pdf

43. WHO. Consideration on the accuracy and reliability of HIV self-testing: a literature review. December 2015.
http://www.who.int/hiv/pub/posters/Accuracy_ICASA2015_poster.pdf?ua=1

44. WHO. Guidelines on HIV self-testing and partner notification - Supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. December 2016.
http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-self-testing-guidelines/en/

45. Wong HT, Tam HY, Chan DP, Lee SS. Usage and Acceptability of HIV Self-testing in Men who have Sex with Men in Hong Kong. AIDS Behav. 2014 Aug 22.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25145608

46. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV testing services 2015. 5Cs: Consent, confidentiality, counseling, correct results and connection.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1&ua=1

47. British HIV Association. A de Ruiter, D Mercey, J Anderson,et al. British HIV Association and Children's HIV Association guidelines for the management of HIV infection in pregnant women 2008.
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-1293.2008.00619.x/epdf

48. Bernard BM, Handsfield HH, Lampe MA, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant Women in health-care settings. MMWR Recommendations and Reports. Sep 2006;55(RR-14)1-17.
http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5514a1.htm

49. Scientific Committee on AIDS and STI (SCAS). Centre for Health Protection. Department of Health. Using Antiretrovirals for Post Exposure Prophylaxis against HIV in the Non-occupational Setting – Position Statement of the SCAS. March 2006.
http://www.chp.gov.hk/files/pdf/using_antiretrovirals_for_pep_against_hiv_in_the_non-occupational_setting-position_statement_of_the_scas_r.pdf

50. WHO. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children - Recommendations for a public health approach - December 2014 supplement to the 2013 consolidated ARV guidelines. Dec 2014.
http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013upplement_dec2014/en/

51. Rachel Baggaley, Meg Doherty, Andrew Ball, Nathan Ford and Gottfried Hirnschall. The strategic use of antiretrovirals to prevent HIV infection: a converging agenda. Clinical Infectious Diseases supplement on HIV postexposure prophylaxis. Clin Infect Dis [Internet]. 2015 May; 60 (suppl 3): S159-S160 doi:10.1093/cid/civ091. Available from:
http://www.who.int/hiv/pub/prophylaxis/pep-supplement-01/en/

52. Community Forum on AIDS; Hong Kong Coalition of AIDS Service Organizations. Report of the Community Stakeholders' Consultation for the Development of Recommended HIV/AIDS Strategies for Hong Kong 2017-2021. March 2016.
http://www.aca.gov.hk

53. World Health Organizations. Global health sector strategy on HIV, 2016-2021. June 2016. *http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/ghss-hiv/en/*

54. The Hong Kong Advisory Council on AIDs. Hong Kong AIDS Strategies Main Documents. *http://www.aca.gov.hk/english/strategies/hk_strategies.html*

附件一

愛滋病建議策略(2012-2016)的十一項目標推行進展檢討

	目標	第一年檢討 (2013)	中期檢討 (2014)	終期檢討 (2016)
行為				
1. 擴大測試覆蓋範圍				
過去一年曾接受測試及知道結果				
(a) 男男性接觸者	≥50%	54%[e]	58.6%[i]	59.4%[m]
(b) 女性性工作者的男性顧客	≥25%	26%[e]	35.6%[i]	32.6%[m]
(c) 女性性工作者	≥50%	49%[a]	67.3%[i]	65.2%[m]
(d) 鴉片類藥物倚賴者	≥80%	76%[b]	78%[j]	67.9%[n]
2. 確保持續地使用安全套				
(a) 男男性接觸者最近一次肛交中使用安全套:				
- 與不固定性伴侶	≥80%	80%[e]	81%[i]	81%[m]
- 與有感情/固定性伴侶	≥70%	64% / 77%[e]	65% / 70%[i]	66% / 74%[m]
(b) 異性戀男士在最近一次陰道性交中使用安全套:				
- 與商業性伴侶	≥80%	89%[e]	88%[i]	82%[m]
(c) 女性性工作者在最近一次陰道性交中使用安全套:				
- 與固定顧客	≥80%	96%[a]	99%[i]	97%[m]
3. 維持低的共用針筒情況				
注射毒品人士於過去一個月與其日常吸毒伴侶以外的人士共用針筒 (修訂版)	≤10%	0.5%[b]	0.8%[j] - 3.8%[i]	3.7%[m]

愛滋病建議策略(2012-2016)的十一項目標推行進展檢討（續）

	目標	第一年檢討 (2013)	中期檢討 (2014)	終期檢討 (2016)
潛在感染風險				
4. 使用安全套成為容易感染社群中的認可文化，於所有有機會發生風險性行為的地點進行安全性行為	廣泛地被認可	83% - 97%[b,c,h]	58.5% - 99.4%[i]	60.0% - 84.9%[m]
愛滋病相關服務的覆蓋範圍				
5. 在過去一年，愛滋病預防訊息或物資（包括安全套）達至高覆蓋率				
(a) 男男性接觸者	>75%	57% - 81%[c]	81.4%[i]	85.6%[m]
(b) 女性性工作者的男性顧客	>50%	--	76%[i]	69.4%[m]
(c) 女性性工作者	>95%	53% - 99%[a]	88.7%[i]	92.9%[m]
(d) 鴉片類藥物倚賴者	>95%	94%[b]	98%[j]	99%[m]
6. 擴大早期確診				
新呈報愛滋病病毒感染者在其確診後三個月內發展成愛滋病	≤15%	13%[f]	16.1%[k]	13.5%[o]
7. 提供普及抗逆轉錄病毒治療法服務				
受感染後期的成人及兒童已接受抗逆轉錄病毒治療法	≥95%	91.3% - 100%[g]	99.1%[l]	97.9%[l]
8. 授予青少年生活技能				
中學生在十五歲或之前已接受以生活技能為本的愛滋病教育	≥50%	81%[d]	--	--

愛滋病建議策略(2012-2016)的十一項目標推行進展檢討 (續)

	第一年檢討 (2013)	中期檢討 (2014)	終期檢討 (2016)
可持續性資源及已受訓人員			
9. 大幅調動更多財政資源以供非政府組織去實施那些經證實有效且高於目前覆蓋水平的干預措施項目，以超越現時的服務提供程度	於二零一一至二零一二年度到二零一三至二零一四年度的三年期間，愛滋病信託基金共撥出68,078,000港元予五個高風險社群，平均每年為22,693,000 港元[p] 在二零一三年底，有3.5億元注入愛滋病信託基金		於二零一四至二零一五年度，愛滋病信託基金共撥出30,233,000 港元予五個優先社群[p]
10. 恆常為教師、社工、醫護人員、紀律部隊以及其他非政府組織工作人員舉行認識重點人群需要的培訓，以確保愛滋病服務使用者能平等地獲得相關服務	進行中	進行中	進行中
實施講求成效的計劃			
11. 制訂、推行及實踐一套針對重點社群的愛滋病回應措施的共同監測指標	二零一三年四至八月進行首次調查	二零一四年四至八月進行第二次調查	二零一五年四至八月進行第三次調查

備註:

a. CRiSP – 性傳染病風險及流行情況調查2009 (衞生署)

b. 濫藥人士對愛滋病的認知與高危行為概況調查2012 (香港戒毒會)

c. PRiSM-男男性接觸者愛滋病風險及流行情況調查2011 (衞生署)

d. 在香港初中推行以生活技能為本的愛滋病教育調查2013

e. HARiS - 2013年愛滋病預防項目指標調查 (衞生署)

f. 2012年愛滋病病毒/愛滋病統計報告 (衞生署)

g. 第三套監控本港愛滋病計劃的核心指標

h. 2010年香港女性性工作者的男性顧客的行為監測調查

i. HARiS - 2014年愛滋病預防項目指標調查 (衞生署)

j. 濫藥人士對愛滋病的認知與高危行為概況調查2013 (香港戒毒會)

k. 2013年愛滋病病毒/愛滋病統計報告 (衞生署)

l. 衞生署的隊列監測系統 (截至2015年中) (衞生署)

m. HARiS - 2015年愛滋病預防項目指標調查 (衞生署)

n. 濫藥人士對愛滋病的認知與高危行為概況調查2015 (香港戒毒會)

o. 2015年愛滋病病毒/愛滋病統計報告 (衞生署)

p. 愛滋病信託基金委員會官方網站

附件二

香港愛滋病建議策略(2017-2021)的公眾諮詢

香港愛滋病建議策略(2017-2021)第二份草稿的公眾諮詢已於2016年11月7日至2016年12月31日完成。

在諮詢期中，顧問局通過中、英文新聞報章(包括報紙及網上版本)發放新聞稿，以及在臉書和政府及非政府網站進行宣傳。

此外，顧問局又發出超過160封邀請函或電郵予多個組織及機構，包括:

- 21個非政府愛滋病組織;
- 16個為目標人群提供服務的非政府組織;
- 36個於過去5年獲政府提供資金進行愛滋病計劃的其他非政府組織;
- 4個諮詢小組;
- 10所高等教育機構*;
- 6個專業團體 (醫療、牙科及護理);
- 4個醫管局轄下單位;
- 14個政府部門;
- 14個衞生署轄下單位;以及
- 11所私家醫院。

*邀請函可能發給同一機構內的不同單位/學院。

在諮詢期結束時，顧問局合共收集到由16個組織或機構和18名獨立人士所提交的34封書面意見書。

W