

第四期國家癌症防治計畫  
(108-112年)

衛生福利部  
108年12月

## 目錄

壹、計畫緣起 .....	5
一、依據 .....	5
二、未來環境預測 .....	5
三、問題評析 .....	8
四、社會參與及政策溝通情形 .....	20
貳、計畫目標 .....	21
一、目標說明 .....	21
二、達成目標之限制 .....	22
三、績效指標、衡量標準及目標值.....	24
參、現行相關政策及方案之檢討.....	24
一、整合癌症防治架構及合作平台.....	24
二、預防癌症發生 .....	24
三、癌症篩檢 .....	27
四、癌症診療品質 .....	31
五、癌症存活者照護 .....	32
六、安寧緩和療護 .....	34
七、癌症資料庫與研究 .....	35
肆、執行策略及方法.....	36
一、主要執行策略 .....	36
二、分期（年）執行策略 .....	36
三、執行步驟（方法）與分工 .....	36
伍、期程與資源需求.....	50
一、計畫期程 .....	50

二、 經費來源及計算基準 .....	51
三、 經費需求（含分年經費）及與中程歲出概算額度配合情形	51
陸、預期效果及影響.....	51
一、 計畫短期成效 .....	51
二、 計畫長期成效 .....	52
柒、財務計畫 .....	52
捌、附則 .....	52
一、 替選方案之分析及評估 .....	52
二、 風險評估 .....	52
附件 1 計畫執行甘特圖 .....	54
附件 2 經費需求表 .....	56
三、 有關機關配合事項 .....	58
四、 中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表.....	58

## 表目錄

表 1、民國 107 年國人十大死因 .....	58
表 2、民國 105 年十大癌症發生癌別 .....	59
表 3、107 年 70 歲以下人口主要死亡原因之潛在生命年數損失(PYLL) .....	60
表 4、民國 107 年男、女性十大死亡癌症統計 .....	62
表 5、99-107 年 30-70 歲常見癌症死亡機率 .....	62
表 6、107 年 70 歲以下人口主要癌症潛在生命年數損失及平均年數損 失 .....	63
表 7、酒精攝入量與致病相對危險性 .....	64
表 8、我國癌症過早死亡機率中長程目標表 .....	65
表 9、108-112 年癌症篩檢經費預估及預期成效 .....	65
表 10、本部各單位癌症防治業務分工表(第 3 期國家癌症防治計畫)	66
表 11、四項癌症篩檢對象、工具、間隔及篩檢率 .....	67
表 12、103-106 年癌症篩檢經費及執行成效 .....	68
表 13、常見癌症與美國(SEER)在期別存活率與期別分佈比較 .....	69
表 14、本部及各部會癌症防治業務分工表 .....	70
表 15、風險發生機率及影響程度分類表—機率及風險之敘述 .....	72

## 圖目錄

圖 1、民國 99-114 年癌症新發生人數推計 .....	73
圖 2、國人癌症標準化發生率及死亡率趨勢 .....	73
圖 3、民國 79-107 年成人吸菸率趨勢圖 .....	73
圖 4、18 歲以上男性檳榔致癌認知率 .....	74
圖 5、民國 75-107 年肝癌標準化發生率及死亡率趨勢.....	74
圖 6、5 年存活率之國際比較 (CONCORD-3) .....	75
圖 7、本部風險圖像 .....	82

## 附錄

一、常見癌症標準化發生與死亡趨勢.....	83
二、近五年常見癌症年齡別發生與死亡趨勢.....	87
三、縣市常見癌症標準化死亡率與發生率.....	92
四、原住民重要癌症發生與死亡資料.....	97
五、歷年國小至成人過重及肥胖盛行率.....	100
六、歷年國小學生過重及肥胖盛行率.....	100
七、歷年國中學生過重及肥胖盛行率.....	100

# 壹、計畫緣起

## 一、依據

依據癌症防治法及世界衛生組織 (World Health Organization,WHO)2030 永續發展目標 (Sustainable Development Goals, SDGs)，並呼應 2025 年(民國 114 年)衛生福利政策白皮書：30-70 歲國人因癌症之過早死亡機率下降 25%之目標。

## 二、未來環境預測

### (一) 慢性非傳染性疾病防治(NCDs)為聯合國及世界衛生組織優先政策，而癌症為四大 NCDs 之最

癌症造成全球人民生命和社會的嚴重影響，WHO 預估 2030 年時全球癌症死亡人數將超過 1,300 萬人，較 2008 年成長 45%；我國 107 年四大慢性傳染病(Non-communicable Diseases,NCDs)占所有死亡人數的 60%，其中癌症是 NCDs 之首，有 48,784 人死於癌症(參表 1)，而四大 NCDs 分別為癌症死亡占 28%、心血管疾病死亡占 23%、糖尿病占 5%及慢性呼吸道疾病占 4%。聯合國 2015 年提出「翻轉我們的世界：2030 年永續發展方針」，呼籲先進國家對抗非傳染性疾病防治列為其重要的衛生施政方針，且世界衛生大會(WHA)於 2017 年亦提出四項癌症防治工作關鍵因素建議，包括(一)提供子宮頸癌、乳癌、大腸直腸癌、口腔癌四項具實證有效的國家癌症篩檢計畫(二)發展多專科團隊夥伴關係，建置轉介網絡，追求卓越癌症防治服務之品質(三)培訓各類癌症防治專業人員(四)強化安寧緩和療護，促進罹癌者追蹤及康復。

### (二) 臺灣人口快速老化，高齡癌症患者人數增加，且病人接受後續醫療照護需求及管理增加，癌症負擔持續加劇

臺灣自 82 年起即邁入高齡化社會，截至 107 年底 65 歲以上的老年人口已達 343 萬 3,517 人，占總人口 14.56%，較 104 年底增加

16.84%。推計至 112 年 65 歲以上老年人口的比率將超過 18%，我國即將成為超高齡社會的一員。根據癌症登記分析資料，癌症新發生人數自 103 年起即突破 10 萬大關，105 年國人計有 105,832 人罹癌（參表 2），其中男性 56,854 人，女性 48,978 人，推估至 112 年國內癌症發生人數將增加至 13 萬人（參圖 1），老化是導致癌症發生的重要因素，因此隨著人口結構的變化，65 歲以上的癌症患者 105 年已達 48,216 人，佔所有癌症發生人數 45.6%，65 歲以上癌症發生人數較 90 年成長 72.4%。而國人癌症標準化死亡率 101 年起開始呈現下降情形（參圖 2），雖然癌症標準化死亡率已呈下降趨勢，但根據 107 年死因統計，因惡性腫瘤死亡造成潛在生命年數損失（70 歲以下人口）約為 30.6 萬人年，平均生命年數損失約 12.4 人年（參表 3），因惡性腫瘤死亡所損失的生產力等社會成本仍無以計數。

另外，隨著醫療持續的進步，我國癌症存活的病人數亦將持續增加，預估 112 年將由 104 年 60 萬人增加到 82 萬人。此外，因為年紀增長除了癌症以外也會有其他共病症的發生，因此病人治療後的後續醫療照護及個案管理的問題，將面臨更多的挑戰，需有好的癌症存活照護計畫。

### （三）環境污染、不健康生活形態與癌症議題的關聯性受到關注

國際癌症研究機構(IARC)於 2013 年發表「室外空氣污染導致癌症」報告指出，已有足夠的證據顯示暴露在室外空氣污染將導致肺癌及增加膀胱癌風險，而室外空氣污染物，如柴油引擎廢氣、吸菸和二手菸均為人類確定致癌因子(Group1)。環境污染已成為威脅人類存亡的嚴重問題，全球每年至少有 900 萬人因為空氣、水源、土壤和工作環境污染死亡，受到全球的關注。

WHO 指出菸、酒、不健康飲食、缺乏身體活動及肥胖等都是誘發癌症的主要危險因子，至少有 1/3 的癌症與此有關，是可以預防的。生活型態與癌症的關聯性受到全球重視，如何力行積極健康的生活型態，將是未來重點。

#### **(四) 精準醫療與智慧醫療時代來臨，醫療環境及醫藥技術丕變**

從英國領先推動「十萬基因體計畫」、美國推出「精準醫療計畫(Precision Medicine Initiative)」、「登月計畫(MoonShot Project)」及「21世紀醫療法案(21st Century Cures Act)」，全球醫療衛生快速的發展，從基因檢測、個人化治療、標靶治療到免疫治療，癌症醫療有著重大突破。面臨精準醫療時代來臨，未來與癌症相關的「檢測」、「診斷」、「治療」與「監測」產業發展，醫療政策如何因應將是挑戰。

智慧醫療發展迅速，另遠距照護工具及智能穿戴工具的發展，可輔助居家健康，透過生理監控發展專屬配套措施，增加病人自我照護功能等，如健保署已運用雲端健康管理系統，持續建立個人健康資訊，納入如四癌篩檢報告、手術及用藥紀錄等，可根據數據打造個人醫療自主計畫，相關產業亦可使癌症照護邁入新境界。

#### **(五) 國際趨勢重視病人經驗與滿意度(Patient Report Outcome Management)**

過去醫療關係偏重醫療服務提供者的專業意見，隨著在醫療決策中納入病人的價值觀，重視病人經驗及滿意度已成為國際趨勢，亦是癌症照護品質重要指標。如何收集癌症病友及照顧者的滿意度，策進我國醫療服務，發展本土的醫療決策輔助工具與服務品質成效指標，實為當務之急。

#### **(六) 全球經濟走向仍朝向擷節醫療經費**

在醫療資源有限，醫療費用不斷上升的壓力下，全球都關注「如何有效使用醫療資源」的問題，包括協助病人選擇合適院所就醫，引導基層院所提升醫療品質的正向循環。在醫療院所端，制訂轉診指引，讓轉診醫師、接受轉診之醫師、病人之間皆有所依循，並確保病歷資料能雙向互通，讓雙向轉診兩端的醫師間能即時獲得必要之資訊。針對現有政策如何更有效率妥善的運用，減少不必要之醫療資源浪費，透過健康經濟評估，找出那些高成本低效益之健康照



護服務並減少使用外，對使用那些對病人健康沒有益處，但有可能會造成傷害的健康照護服務，也是我們需優先關注的重點，也應停止使用。

### 三、問題評析

#### (一) 癌症仍持續為國人死因第一位，造成家庭與國家重大損失

癌症自民國 71 年起即居國人十大死因首位，我國自民國 94 年起推動「國家癌症防治計畫」，第一期計畫對癌症防治工作提出全面向之基礎規劃，包含初段選擇健康生活、次段提供癌症篩檢、末段罹癌患者皆獲得治療，以及提高癌友生活品質，以降低癌症發生率及死亡率為長期目標。研究實證顯示，癌症篩檢可有效降低癌症死亡率，於 99 年再推動「第二期國家癌症防治計畫—癌症篩檢」，以擴大提供癌症篩檢服務為主要策略，於民眾在癌前期病變或是癌症早期即予以診斷出，經適當治療而提升存活率，甚而預防癌症的發生。103 年至 107 年推動第三期國家癌症防治計畫，焦點將從過去的治疗、早期發現，向上力溯至癌症危險因子源頭之預防。

歷經 3 期的國家癌症防治計畫之推動，國人整體癌症標準化發生率近年來呈現上下波動，標準化死亡率則自民國 93 年起由每十萬人口 142.8 人下降至 107 年的 121.8 人，降幅達 14.7%。由國人主要癌症標準化發生率資料顯示，自民國 99 年起呈現下降趨勢有肝癌、胃癌、皮膚癌及子宮頸癌；呈現上下波動有肺癌、口腔癌、食道癌、攝護腺癌等，呈現上升趨勢則有乳癌、子宮體癌等，而大腸癌自民國 104 年起有下降之趨勢。

雖然癌症標準化死亡率已自民國 100 年開始下降，惟每年仍有高達 4 萬多人死於癌症，佔總死亡人數的 1/4 以上，且尚未達到第三期計畫標準化死亡率下降目標每十萬人口 112.7 人。以 107 年癌症死亡統計為例，當年主要癌症死亡數高於 1,000 人有肺癌(9,388 人)、肝癌(8,222 人)、結直腸癌(5,823 人)、口腔癌(3,027 人)、乳癌(2,418 人)、胃癌(2,299 人)、胰臟癌(2,292 人)、食道癌(1,929

人)、攝護腺癌(1,377 人)等，前述癌症死亡人數計有 36,775 人，約佔所有癌症死亡人數 75% (參表 4)。

為呼應 WHO 提出 2025 年降低 30-70 歲癌症過早死亡機率 25%，分析國內 30-70 歲常見癌症過早死亡機率 (參表 5)，整體而言已從民國 99 年 7.97%逐年下降至 107 年 7.39%，就不同癌症別分析，依序為肺癌(1.31%)、肝癌(1.28%)、乳癌(1.05%)、大腸癌(0.77%)、口腔癌(0.71%)、食道癌(0.46%)、胰臟癌(0.37%)、胃癌(0.30%)、子宮頸癌(0.24%)、子宮體癌(0.18%)、攝護腺癌(0.16%)，前述癌症自 99 年起，肝癌、肺癌、胃癌及子宮頸癌呈現下降、乳癌及子宮體癌呈現上升外，其餘癌症呈上下波動。

進一步以 107 年資料分析各主要癌症死亡(70 歲以下人口)造成潛在生命年數損失及平均生命年數損失 (參表 6)，潛在生命年數損失最多者依序為肝癌、肺癌、口腔癌、大腸癌及乳癌，造成國家、社會及家庭的莫大損失。

## (二) 癌症醫療費用高漲造成健保沉重財務負擔

由於我國人口老化快速，國人罹癌人數逐年上升，且隨著醫療科技的進步，引進新的藥品與技術，如標靶、免疫療法等，都會造成醫療費用高漲。107 年健保治療癌症醫療費用首度突破 1,000 億元大關，共花費 1045.24 億元，較前年增加約 112 億元；根據健保署統計，近 5 年癌症治療人數與醫療費用逐年攀升，107 年癌症治療人數多達 72 萬 2,523 人，總醫療費用高達 1045.24 億元，其中 400.24 億元花在昂貴的藥費上。另健保醫療支付大都以論量計酬為原則，對於醫院提供癌症診療品質不具誘因；癌症早期診斷，經過治療後可以提高癌症存活率，不僅可以避免癌症惡化，亦可節省健保醫療費用，然目前健保並無相關支付誘因之設計，以促使醫院早期診斷早期治療。

## (三) 癌症仍有區域性之差異問題

各縣市的全癌症發生率和死亡率，可能因不同的癌症風險、政策之推動與否，或民眾的參與度而有差異。例如肝癌標準化發生率前三縣市依序為雲林縣、嘉義縣、嘉義市，而這些地區也是肝炎盛行地區；口腔癌標準化發生率前三名分別為臺東縣、雲林縣及屏東縣，這些縣市也都是高嚼檳榔縣市；子宮頸癌標準化發生率前三名分別為屏東縣、臺東縣及新竹縣，而這些縣市的子宮頸抹片篩檢率也相對偏低。另由上資料發現，各縣市的癌症問題不同，因此需針對區域性不同而有不同的推動策略，以改善區域性的癌症問題。

#### (四) 國人健康行為不易養成

WHO 表示，包含癌症在內的慢性病，其共同危險因子為吸菸、酗酒、不健康飲食、身體活動不足(臺灣另有嚼檳榔導致相關癌症的問題)等。相關情形分為不健康生活型態、有害物質的使用，以及感染相關病原體三類，說明如下：

##### 1. 不健康生活型態(運動不足、不健康飲食及肥胖)

###### (1) 運動不足

根據 WHO 統計，身體活動不足已經被確認為全球死亡率的第四名危險因子(全球死亡率 6%)。依據教育部 107 年「運動現況調查」結果，我國規律運動人口比率已從 95 年的 18.8% 上升至 107 年的 33.5%，已較鄰近國家之表現佳，近年(103-107 年)亦穩定維持在 33% 左右。規律運動人口雖已漸提升，但如何加強全面化共同推動為未來努力的課題。

###### (2) 不健康飲食

WHO 指出「蔬果不足」為全球人口死亡的前十大危險因子，全球每年死亡人數中，2.8% 可歸因為蔬菜、水果攝取不足。依據本部國民健康署 107 年健康促進業務推動現況與成果調查(HPSS)結果顯示，18 歲以上成人每日攝取「3 蔬 2 果」比率僅達 15.1%(男性 12.1%，女性 18%)，每日攝取「5

蔬果以上」比率為 22.9%(男性 19%，女性 26.6%)，雖均已較 106 年略為上升，但國人蔬果仍普遍攝取不足，除了導致營養不均衡外，亦會造成癌症之發生。

### (3) 過重及肥胖

WHO 資料顯示，許多癌症與肥胖相關，並呼籲政府組織應重視且採取行動推動肥胖防治。依據我國「104-106 年國民營養健康狀況變遷調查」，成人過重及肥胖盛行率為 47.1%，相較 82-85 年的 32.7%至 94-97 年的 43.4%(上升 10.7%)，顯示成人過重及肥胖仍是國人重要的健康問題。另依據教育部學童體位資料顯示，107 學年度國小及國中學童過重及肥胖比率各為 27.5%(男 31.3%，女 23.5%)及 30.6%(男 34.6%，女 26.4%)，已分別較 102 學年度下降 2.9%、略提升 0.8%，相較其他國家上升的趨勢顯示，學童過重及肥胖已有改善。惟小學的肥胖兒童有 6 至 7 成的機率變成肥胖成人，肥胖的國中生變成肥胖成人的機率更高達 7 至 8 成，未來都是癌症的潛在病患。

## 2. 有害物質的使用（菸、檳榔、酒精或其它）

### (1) 吸菸

吸菸會導致多種癌症，為降低國人吸菸率，經過多年菸害防制推動，18 歲以上人口吸菸率已自 97 年 21.9%降至 107 年 13.0%，(參圖 3)；青少年吸菸率亦獲控制，國中學生吸菸率由 93 年的 6.6%降至 107 年的 2.8%，另，高中職學生吸菸率由 94 年的 15.2%降至 107 年的 8.0%。惟進一步分析國中學生第一次吸菸的年齡介於 12 至 13 歲，以國小五、六年級最多，占 35.4%，而高中職學生第一次吸菸的年齡則介於 14 至 15 歲，以國中二、三年級最多，占 33.5%。值得注意的是，青少年易受好朋友吸菸行為影響，周遭有朋友吸菸相較於無吸菸朋友的青少年，其吸菸率高出 15.2 倍；父母為吸

菸者相較父母為非吸菸者，其青少年吸菸率則高出 2.6 倍。另電子煙是全球新興健康危害議題，根據 107 年本部國民健康署調查，國、高中學生電子煙吸食率由 105 年的 3.7%與 4.8%，下降至 107 年 1.9%與 3.4%，雖有趨緩，推估國內電子煙吸食人口約 15 萬人(菸害相關防制另有計畫，相關問題及策略不於此贅述)。

## (2) 檳榔

檳榔為第一級致癌物，嚼檳榔為國人罹患口腔癌主因，根據本部國民健康署相關調查，18 歲以上男性嚼檳率已由 98 年的 14.1%降至 106 年的 9.3%，估計我國 18 歲以上嚼檳榔人口近 90 萬人；18 歲以上男性檳榔致癌認知率已由 96 年的 39.9%提升至 106 年的 51.2% (參圖 4)。另，18 歲以上不分性別嚼檳率 106 年為 4.9%。惟，嚼檳榔行為有行業別的差異，依研究顯示建築工程業、運輸業、漁撈業、金屬製品製造及食品製造業等，口腔癌死亡人數最多，亟需針對特定群體介入。另 106 年調查研究，高中生嚼檳率為 0.8%，高職生嚼檳率為 3.1%，夜校生嚼檳率為 12.6%(高中職合併嚼檳率為 3.6%)，而國中學生嚼檳率為 1.1%；而在檳榔致癌認知率部份，高中生、高職生、夜校生與國中生其認知率分別為 45.3%、53.2%、47.1%與 57.2%，顯示學生族群對檳榔危害的認知仍有努力改善空間。此外，檳榔從種植到消費過程中帶給社會與自然環境相當複雜的衝擊，如山坡地水土保持與嚼食檳榔造成的人體健康、環境衛生、國民形象、社會風氣等等問題，涉及供應、產銷管理、兒童青少年教育、保護，勞工健康促進等，分屬各部會權責管轄，如何透過跨部會協調合作，落實相關法令及持續合力推動，實為當前重要課題。

## (3) 酒

依 WHO 估計全球有害的飲酒行為約導致 300 萬人死亡，約占全球死亡人數的 5.3%，亦即每 20 人即有 1 人可歸因酒害而死亡。長期飲酒導致多種癌症，亦對他人及社會潛藏危害（參表 7）。依據本部國民健康署 106 年調查，青少年飲酒行為，12-17 歲人口過去一個月飲酒率為 8.2%（男性 9.4%、女性 6.8%），較 98 年（7.8%）增加 0.4 個百分點。成人過去一個月喝超過 1 個標準杯率為 18.5%，較 98 年 19.5% 減少 1.0%，過去一個月飲酒暴飲情形為 5.1%，較 98 年 5.4% 減少 0.3%（暴飲定義：按 WHO 一次飲酒量超過六個標準杯，相當於 60 公克的純酒精量）。現行法令雖對酒品危害已有相關規範，惟仍需持續蒐集國外作法，檢視盤點現行法令規範，依各部會權責加強落實執法，並針對現行法令不足之處，提供補強建議或由各母法授權行政法規另訂執行規範，並強化酒品健康危害衛生宣導傳播。

### 3. 感染原

可導致癌症的感染原例如：B、C 型肝炎引起的肝癌，人類乳突病毒(HPV)引起的子宮頸癌以及胃幽門螺旋桿菌引起的胃癌等。

#### (1) B、C 型肝炎病毒

依癌症登記資料顯示，肝癌個案中約有 8 成為 B、C 型肝炎個案，為防治肝炎，經本部多年來努力，已使國人慢性肝病及肝硬化標準化死亡率由 87 年每十萬人口 23.2 人降至 107 年 11.6 人，降幅達 50%；肝癌標準化發生率由 93 年每十萬人口 40.7 人降至 105 年 29.9 人，降幅達 27%；肝癌標準化死亡率於 85 年達最高點為每十萬人口 29.5 人，之後逐年下降至 107 年 20.3 人，降幅達 31%（參圖 5）。（前述資料可見肝癌防治已見成效，病毒性肝炎相關防治另有第二期病毒性肝炎防治計畫，相關問題不於此贅述）。

## (2) 人類乳突病毒(Human papillomavirus, HPV)

台灣女性 HPV 感染的盛行率為 16.2%，子宮頸癌發生主要與人類乳突病毒(HPV)的感染有關，目前已知約有 40 種人類乳突病毒型會感染肛門及生殖區的皮膚及黏膜，而與子宮頸癌相關的高危險型別約有 17 種，其中第 16、18、52、58、31、33 等型別為較常見的高危險型別。WHO 於 2014 年建議將 HPV 疫苗納入國家疫苗接種計畫，國際上英、法、德、澳、加、紐、日本等 90 多個國家已對青少女公費接種 HPV 疫苗。為防治子宮頸癌，本部國民健康署亦於民國 107 年 12 月起擴大提供國一女生公費 HPV 疫苗接種服務，預期可降低至少 70%由 HPV 感染引起的子宮頸癌。未來仍應加強民眾對於 HPV 疫苗的認知以及提高國一女生 HPV 疫苗的認知。

## (3) 胃幽門螺旋桿菌

研究證實 9 成的胃癌可歸因於幽門螺旋桿菌感染，而經口傳染是幽門螺旋桿菌的主要傳染方式，包括不乾淨的飲水、食物、唾液，也有家庭群聚感染的現象。國內幽門螺旋桿菌的感染率約為 37%，好發年齡為 40-60 歲，男性約為女性的 2 倍。另資料顯示原住民族胃幽門螺旋桿菌感染率較非原住民族高約 1.9 倍，且原住民族胃癌發生率為非原住民之 2.2 倍，因此對於胃癌高風險地區，如何推動胃癌防治與胃癌篩檢，以降低胃癌之發生實為重要。

## (五) 民眾對癌症篩檢之參與率及陽性追蹤率有待提升

我國依世界衛生組織建議推動四癌篩檢，民眾可以得到篩檢計畫和臨床醫療服務的雙重照護。目前四癌的定期篩檢率和曾經篩檢率已達 40%至 60%的水準。惟因人口老化快速，符合篩檢資格人數大幅增加，加上菸捐費用逐年下降，篩檢服務量能受到影響，致使篩檢率將面臨無法全面提升之困境。

## 1. 子宮頸癌

我國自民國 84 年起提供 30 歲以上婦女子宮頸抹片檢查，已使國人子宮頸癌的標準化發生率和死亡率由 84 年每十萬人 25.1 人降至 105 年每十萬人 8.1 人，標準化死亡率由 85 年每十萬人 10.5 人降至 107 年每十萬人 3.2 人，皆下降約 7 成。經分析篩檢資料庫，子宮頸癌曾篩率由 99 年的 78.1%(篩檢服務開始年為 9.5%)至 106 年的 81.8%，30 至 69 歲 3 年篩檢率已達 7 成(電話調查)，陽性追蹤完成率亦達 9 成以上。惟仍有超過 270 萬名女性逾 6 年以上未做抹片或從未作過抹片檢查，面臨罹患子宮頸癌及高度癌前病變之風險，對於前述不願做抹片之婦女，是否有其他替代檢驗方法，如 HPV DNA 檢測等，都應納入未來研議。另，HPV DNA 檢測是否納入子宮頸癌篩檢工具，國內醫界仍有不同意見，未來仍應就此問題進一步規劃研議。

## 2. 乳癌

我國乳癌之標準化發生率自民國 94 年標準化死亡率為每十萬人 48.5 人增至 105 年之每十萬人 73.0 人，發生年齡高峰介於 45-69 歲，中位數為 55 歲；標準化死亡率自民國 94 年為每十萬人 12.0 人至 107 年為每十萬人 12.5 人，乳癌近年為我國婦女常見癌症之第一名，雖然發生率仍持續上升，然其標準化死亡率上升情形已逐漸趨緩，為我國婦女常見癌症死因之第四名。乳癌發生之危險因子，包括：不健康飲食、缺乏運動、抽菸酗酒、熬夜、壓力大、太晚生育及家族史等；預防乳癌除了鼓勵民眾養成健康之日常生活型態，因應少子化與生育年齡較晚等議題，亦為未來政策面可思考的方向，例如加強宣導鼓勵國人適齡生育(26-27 歲)，推廣母乳哺育之重要性，落實健康生活型態等。我國自民國 93 年起，提供 50-69 歲婦女每 2 年一次乳房攝影檢查，並自 98 年擴大服務對象為 45-69 歲婦女，99 年起擴大推動篩檢，亦將 40-44 歲具二等親以內血親有罹患乳癌之婦女也納入補助篩檢對象。目前乳癌篩檢率已由 99 年 21.7%提升至 107



年 39.9%；曾篩率則由 99 年 28.5% 提升至 107 年 63%，篩檢疑似陽性個案轉介完成率由 99 年(以篩檢結果為 category 0,4,5 計算)的 91.1% 下降至 107 年(以篩檢結果為 category 0,3,4,5 計算)的 80.8%。篩檢疑似陽性個案已追蹤完成率由 99 年 91.4% 提升至 107 年 92.2%；然而不同篩檢結果間的追蹤完成率存有落差，以 107 年為例，篩檢結果為 category 0 之追蹤完成率為 92.4%，category 4,5 之追蹤完成率為 90%，category 3 之追蹤完成率為 89.2%。針對近 4 成從未篩檢之婦女，如何提升此族群之篩檢率，例如：將設計思考運用於乳癌篩檢服務、發展因地制宜之健康服務模式、有效且多元之宣傳管道等；以及篩檢結果疑似陽性個案如何引導其至乳癌複確診醫療機構完成相關處置，均是未來努力之方向。另，有關乳癌篩檢，坊間仍有以超音波、MRI 或乳房自我檢查來替代乳房攝影的誤解，故有必要導正醫護人員及婦女篩檢的正確認知與行為，及定期篩檢之習慣。

### 3. 大腸癌

大腸癌的發生人數從民國 95 年開始攀升，從每十萬人有 37.4 人至民國 105 年每十萬人有 41.3 人，每年約 1 萬 5 千人罹患大腸癌，此期間發生人數為十大癌症第一位。我國自民國 93 年起對 50-69 歲民眾部分提供糞便潛血檢查，並自 99 年起納入預防保健服務項目全面提供篩檢服務，自 102 年 6 月將大腸癌篩檢年齡調整至 50 歲至未滿 75 歲，大腸癌篩檢率由 99 年 23.4% 大幅提升至 107 年 40.8%，而女性整體的篩檢率為 42.5% 高於男性 32.1%，其中男性 50-54 歲的篩檢率最低 (24.1%)，可能的因素為男性對癌症篩檢的知曉率低於女性，35.7% 男性覺得身體健康不需要做大腸癌篩檢；大腸癌陽性追蹤完成率男性 74.5%，女性為 75.2%，差距小。標準化發生率亦自 103 年起已連續兩年下降，其中男性發生率大幅下降，比較 105 年與 104 年的數據，男性每十萬人減少 2.8 人，女性則減少 0.8 人；曾篩率由 99 年 33.2% 大幅提升至 107 年 67.7%。經國內研究追蹤 2004-2009 年

接受大腸癌篩檢世代約 500 萬人，結果發現在長達 6 年的追蹤期後，與未篩檢組相較，並將 21.4% 之篩檢率及自我選擇偏差納入考慮後，接受篩檢組可以顯著降低死亡率達 10% 之效益。目前面臨問題包括因篩檢時民眾先行領取採便管，採集檢體後再將檢體送至執行糞便潛血檢查之醫療院所、陽性個案自覺健康致追蹤不易、基層醫療診所參與服務率較低(106 年為 31%) 等問題。另外，部分醫療人員對陽性個案亦未能給予指引建議之處置，亦影響了篩檢效益。

#### 4. 口腔癌

我國自 88 年開始推動 18 歲以上吸菸或嚼檳榔民眾口腔癌篩檢，並自 99 年將口腔癌篩檢納入預防保健服務，提供 30 歲以上吸菸或嚼檳榔民眾 2 年 1 次口腔黏膜檢查，另於 102 年 6 月起將嚼檳榔原住民之篩檢年齡提前至 18 歲。口腔癌篩檢率已由 98 年 29% 提升至 106 年 50.1%。發生率自 99 年每 10 萬 22.0 (男 40.6) 人上升至 105 的 22.5 (男 42.4) 人，增加 0.5 (男 1.2)%。另，標準化死亡率自 99 年每 10 萬 7.8 人至 106 年持平 7.8 人，以人口老化快速的狀況來看，口腔癌的發生人數應會上升。又國外學者 Shiu 等人經研究證實從癌前病變發生口腔癌的時間約為 10-15 年，目前的口腔癌發生率係反映過去 10 幾年來民眾嚼檳榔與吸菸行為，故透過口腔癌篩檢政策，發現高風險民眾，透過衛生教育、黏膜檢查來降低國內菸檳行為之人數及發現早期癌前病變、加以治療，達到降低國人罹患口腔癌之目的，以數據來看，口腔癌發生與死亡趨勢顯示趨平緩。

由篩檢資料庫分析發現 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸民眾，每二年 1 次口腔黏膜檢查降低口腔癌死亡率 26%。目前面臨主要問題包括補助對象做篩檢之意願普遍較低、篩檢陽性的個案未及時接受診療、不同科別鑑別診斷能力差異大；篩檢資

料庫分析發現不同醫院層級、不同科別於癌前病變/癌症檢出率之所需篩檢數，最大值可差至 85 倍以上。

## (六) 癌症篩檢品質仍需持續監控及精進

癌症篩檢計畫，皆已建立相關品質監測與篩檢資料庫，藉以評估癌症篩檢成效，惟目前尚有下列問題待改善：

乳癌篩檢方面，分析國內 CR(computed radiography; 電腦攝影)與 DR(digital radiography; 數位攝影)乳房 X 光攝影儀器之影像品質等級，DR 的品質優於 CR，而截至 107 年，國內 CR 與 DR 儀器的占比分別約為 19%和 81%，如何加強 CR 影像品質或是輔導醫療院所汰換為 DR，以確保乳攝篩檢品質。

另外大腸癌篩檢部分，為持續提升檢驗機構品質，本部國民健康署於 107 年底修改「預防保健之定量免疫法糞便潛血檢驗醫事機構資格審查原則」，分階段輔導檢驗機構取得第三方認證，目前全國可執行糞便潛血檢查之檢驗機構約 25%尚未取得第三方認證資格；期透過專業單位的稽核確保檢驗人員與檢驗室維持良好的品質。

## (七) 民眾對於尚無實證之癌症篩檢工具，要求納入公費補助

### 1. 肺癌篩檢

因為肺癌仍為我國死亡率第一名癌症，各界人士關心此議題，要求政府提供肺癌篩檢，惟目前國際上僅美國 Medicare 及 Medicaid 推動重度吸菸族群進行 LDCT 肺癌篩檢，其他國家尚在執行相關篩檢評估或前趨研究。況且，有關 LDCT 篩檢肺癌之利弊究竟為何，尚待實證，觀諸 NLST 研究篩檢陽性率為 24.2%，逾 9.6%需侵入檢查，有氣胸危險，且僅不到 4%確診為肺癌，其餘陽性個案每年皆需再追蹤掃描，長期有輻射風險與等待確診民眾心理恐慌等，不可忽視。又篩檢所需經費龐大，其成本效益尚有爭議，目前之醫療科技評估雖指出篩檢族群每

增加 1 QALY 增量成本為約為 120 萬元，具成本效益，惟未納入複雜之社會成本及醫療費用估計仍偏低。

## 2. 攝護腺篩檢

PSA(Prostate Specific Antigen；攝護腺特異抗原)篩檢數值受年齡、種族、攝護腺感染等因素影響，由於篩檢之弊大於利。美國預防醫學委員會(USPSTF)建議：55 至 69 歲男性需經醫師評估，並事先瞭解篩檢之利弊，如可能會有偽陽性結果及可能造成的傷害(如性無能、大小便失禁等)，再決定是否進行 PSA 檢查，並反對 70 歲以上男性做 PSA 檢查。

## 3. 食道癌篩檢

107 年國人死因統計，食道癌為國人癌症死因第 9 位、男性癌症死因第 5 位，每年近 1,800 位國人因食道癌死亡，其中 9 成為男性，與其他癌症死亡年齡中位數相較，食道癌死亡年齡年輕約 10 歲。美國臨床腫瘤醫學會(ASCO)與美國癌症學會(ACS)指出，食道癌危險因子為年齡、性別、飲食、肥胖、菸酒檳、胃食道逆流等。惟美國癌症學會(ACS)與美國預防醫學委員會(USPSTF)均不建議對食道癌進行大規模篩檢。

未來我國究竟應否提供肺癌、攝護腺癌、食道癌等篩檢，有待與醫療及公衛界合作，持續蒐集最新實證資料，參考國際推動篩檢政策作法，評估將其納入公費篩檢之合宜性，及鼓勵有症狀者追蹤檢查。

### (八) 我國常見癌症治療品質已優於歐美先進國家，略低於日本、韓國

若與國際各國存活率做比較，依據 Lancet 雜誌發表之 2000-2014 年全球癌症存活監測報告(CONCORD-3)，我國常見癌症 5 年存活率與國際國家之比較(參圖 6)。總體來說全球癌症 5 年存活率穩定成長：以常見癌症肺癌、胃癌為例，我國優於英國、新加坡、美國、加拿大，但低於日本、韓國；肝癌部分，我國雖略低於日本、

韓國，但優於其他大多數國家；女性乳癌及大腸癌與前述先進國家相近，而攝護腺癌明顯低於前述先進國家。

#### (九) 我國臨終病人死亡品質全球排名第六，尚有向前進步的空間

截至 107 年底，癌症末期病人死亡前一年的安寧療護利用率達到 61.4%(男性 59.4%，女性 64.6%)，且在 107 年底時，共有 75 家醫療機構具有提供安寧住院服務的資格，442 家醫療機構可提供安寧居家服務。依據經濟學人智庫 104 年評比全球 80 個國家地區「死亡品質」(Quality of Death Index)結果；臺灣在這項調查中排名第六，位居亞洲第一。在社會參與及醫療可負擔性評分項目上，在 80 個國家中分別排名第 3 及第 6，明顯達到水準以上，獲得國際高度肯定，但在細分項如共同醫療決策項次上，在 80 個國家中排名為第 26，是未來努力的方向。

#### 四、社會參與及政策溝通情形

「癌症防治法」自 92 年實施後，本部依法定期召開行政院層級之中央癌症防治會報及部層級癌症防治政策委員會，進行縱向及橫向業務之協調與溝通，107 年亦因癌症防治法修法，將癌症防治政策委員會之委員新增醫師團體代表、社會公正人士及民間團體代表，增加委員會多元性，吸納民間觀點想法。

在癌症宣導方面，藉由跨部會合作，除透過多元媒體管道發送衛教訊息，另與相關學會、協會、基金會等民間團體合作，深入社區，與民眾面對面，提供民眾癌症防治衛教宣導，例如由教育單位於全國健康促進學校推動無菸檯議題，各部會協力推動肥胖防治等。在癌症篩檢方面，透過跨司署合作，提供民眾社區化、可近性、便利性的癌症篩檢服務，提升民眾定期受檢之意願，各項癌症篩檢服務藉由健保署之全民健康保險醫療照護系統，由符合資格之醫事服務機構及醫療專業人員提供服務。在中央與地方合作上，與縣市衛生局所協力，提供整合性篩檢服務，由地方衛生單位透過基層行政單位如村里長等，於篩檢時進行癌症衛教宣導。

此外，在民間合作上亦與相關醫學會合作，推動篩檢服務品質方案。在癌症診療方面，與相關醫學會、護理學會合作推動診療品質提升計畫，另為有效觸及目標族群，提升民眾對於癌症安寧療護的正確觀念，本部國民健康署透過與民間團體合作深入社區，辦理安寧療護相關的宣導、講座或藉由其他創意行銷方式進行宣導，並與專業團隊合作辦理相關人員安寧療護理念推廣與教育訓練。

## 貳、計畫目標

### 一、目標說明

#### (一) 長期目標：

參考 WHO 2025 年非傳染病過早死亡降低 25% 及聯合國 2030 年非傳染病過早死亡減少三分之一目標，癌症過早死亡機率由 2010 年 7.97% 下降至 2020 年 6.64%，2025 年下降至 5.98%（參表 8）。

#### (二) 5 年(至 112 年)目標：

##### 1. 提升對於癌症預防及健康識能之能力

18 歲以上成人各項目標如下：

- (1) 吸菸率下降至 13.0% 以下。
- (2) 過重及肥胖率維持 47.1% 以下。
- (3) 嚼檳榔率下降至 4.5%。
- (4) 每日蔬菜攝取量達 3 份和水果達 2 份盛行率，蔬果 18%、水果 17.5%
- (5) 每人每年純酒精消費量維持 2.9 公升/人/年以下

註：上述 (1) 至 (2) 項目標及其相關策略分列於菸害防制及肥胖防治等計畫重點。另，由於嚼檳榔率從每四年一次的國民健康訪問調查取得，目標年度係配合訪查年度制定。

民眾及醫療人員的健康識能目標：與癌症診療醫院合作開發符合民眾健識能原則的衛教素材，涵蓋重要癌別，發展多元形式(平面、影音…)與癌症預防、照護相關的議題。

## 2. 提升癌症篩檢涵蓋率（篩檢經費預估及預期成效參表 9）

(1) 乳癌曾篩率提升至 70%。

(2) 大腸癌曾篩率提升至 70%。

(3) 發展個人化癌症精準預防醫學

I. 至少有 90 家癌症診療醫院對 10 種癌症(肝癌、肺癌、女性乳癌、大腸癌、口腔癌、食道癌、胃癌、胰臟癌、子宮頸癌、攝護腺癌及子宮體癌)選定 5 個重點癌別，建立精準預防保健服務模組流程。

II. 對高危險群民眾篩檢，提升發現四癌癌前病變人數和早期癌症(0-1 期)比率。

## 3. 提供高品質的治療

(1) 全癌症五年相對存活率(108-112 年)上升到 60%。

(2) 安寧療護：癌症病人死前一年接受安寧療護服務的涵蓋率提升至 70%。

## 4. 建置完善的癌症防治體制

至少有 90 家癌症診療醫院建立癌症篩檢、診斷、治療到安寧完整的轉診制度，提供無縫接軌的服務。

## 5. 應用數據與新科技提升防治成效

(1) 發展至少 2 種癌別 AI 判讀技術，協助癌症篩檢判讀之效用。

(2) 運用癌症登記、癌症篩檢、健保等資料庫發表論文，並至少有 90 家癌症診療醫院建立危險因子分析與監測系統，提出現況分析和發展建議。

## 二、達成目標之限制

(一) 人口老化快速，短時間內癌症發生及死亡無法大幅改善

(二) 民眾沒有立即的需求和動機建立健康生活型態；且篩檢的服務對象是健康人，缺乏定期篩檢之動機

(三) 經費不足

篩檢可以早期發現癌症或其癌前病變，經治療後可以降低死亡率外，還可以阻斷癌前病變進展為癌症。但如果欲達到科學實證降低標的癌症死亡率之效果，必須是兼具高篩檢率；依據國外研究與推行癌症篩檢之經驗，篩檢率必須至少要達到 50% 以上才可能影響死亡率。目前除子宮頸癌及口腔癌篩檢達 50% 外，乳癌及大腸癌只達 40%，惟臺灣人口老化速度加快，使符合篩檢資格者亦多，而篩檢經費囿於菸品健康福利捐(以下簡稱菸捐)收入下降，菸害防制及衛生保健基金(以下簡稱菸金)經費減少，更遑論要每年增加經費，如果本計畫無法爭取到足夠的經費提升篩檢率，提高篩檢陽性個案追蹤率，欲降低死亡率相當困難。

另本部國民健康署 99 年開始透過計畫協助醫院推動癌症個案管理服務，目前健保亦尚未給付，因此多數醫院採用非編制人員，惟其流動性高，影響癌症病患照護品質；期望未來能建立癌症個案管理支付制度，否則癌症病人診斷及治療持續的追蹤將大受影響，亦將衝擊到癌症死亡率之下降。

(四) 衛生醫療人力困窘

癌症防治工作中央和地方人力均不足。本計畫係由本部國民健康署癌症防治組職掌，需自疾病預防、篩檢、治療至安寧皆投入，惟囿於僅 1 組 14 位正職人員之編制，長期人力嚴重不足；另外，地方衛生人力如衛生所，長期以來亦未能調整，又需承擔各種新興計畫，工作量大。

因應人力和經費有限，本計畫各項工作務求合作及聚焦執行，以四癌篩檢之大腸癌為例，除尋求結合醫療院所及各科別外，又因數據顯示罹患大腸癌的機率男性普遍高於女性，故男性篩檢達成率之指標設定，著重鼓勵男性參與，並加權計分，以為因應。



### 三、績效指標、衡量標準及目標值

- (一) 依據死亡統計資料，民國 112 年 30-70 歲癌症過早死亡機率下降至 6.24%。
- (二) 由資料庫分析，至民國 112 年癌症篩檢陽性個案追蹤完成率達 85% 以上。

## 參、現行相關政策及方案之檢討

### 一、整合癌症防治架構及合作平台

癌症防治工作之推動及執行，在中央主要為本部國民健康署主管，但因業務分工，傳染性致癌因子、重要研究工作及癌症醫療給付等業務分屬食品藥物管理署、疾病管制署、衛生福利部科技發展組、國家衛生研究院及中央健康保險署職掌，各體系間業務推動有各自規範（參表 10）。

另外，諸多癌症防治工作事涉外部(如跨部會或醫療院所)溝通與合作，雖「癌症防治法」已規定行政院所屬部會機關與衛生福利部各設有協調整合機制，但各單位或部會各自業務重點和優先性不同，需長時間溝通。

與醫療院所合作之行政作業亦繁鎖費時，醫療人員對癌症相關的實證，也應有足夠的了解。以醫療人員對癌症篩檢之了解為例，應知，並非每種癌症都適合進行大規模篩檢，及四癌篩檢有既定篩檢工具不能隨便取代等等。雖然本部已透過和醫院合作的計畫，推動各類人員皆應接受訓練，然而因相關學理複雜，致醫界在實證之遵循度上仍有差異，造成癌症防治效果打折。

### 二、預防癌症發生

#### (一) 推展健康體能及健康體位(飲食、肥胖、運動)

近年來本部國民健康署以五大行動綱領推展肥胖防治：結合各場域強化推動健康體能及健康飲食、制訂健康的公共政策、建構健

康的支持性環境、調整醫療服務的方向、強化社區行動力、發展民眾落實健康生活的技能，透過政策目標、策略及監測指標，找出關鍵生活型態因素，並透過跨部會之整合及產官學媒之力量，減少肥胖問題對健康的傷害，然成人過重及肥胖比率仍上升中，需進一步探行更有效之策略，並增進民眾健康識能，以促進國人健康。

## （二）菸害防制

吸菸是國人健康頭號殺手，十大死因中，有 6 個直接與吸菸有關，另 4 個與吸菸間接有關，每 20 分鐘就有 1 人死於菸害。為遏止菸草的危害，我國依循世界衛生組織提出 MPOWER 六項具實證基礎的行動策略，透過調高菸捐、擴大禁菸範圍、提供多元戒菸服務、菸品警示圖文、加強民眾對吸菸、二二手菸及新興菸品等危害之宣導、禁止廣告促銷與贊助等措施。

自 98 年 1 月 11 日本法修正施行以來，成人吸菸率已逐年下降，但吸菸率下降幅度已趨緩，加以新興菸品之興起已危害兒童及青少年健康。為符合 FCTC 與兒童權利公約所揭示，應給兒童及青少年一個無菸害成長的健康環境，研擬菸害防制法修正草案，修正重點包括：加強管制電子煙、擴大警示圖文至 85%、禁止加味菸、擴大室內公共禁菸場所、禁止菸商具名贊助及增訂法律與醫療扶助等，已於 106 年 12 月 29 日經立法院完成一讀程序。

## （三）檳榔健康危害防制

有鑑於檳榔對民眾的健康危害，本部於 86 年經行政院核定檳榔問題管理方案，明定內容、參與之部會分工及執行情形，該方案於 91 年 6 月執行結束。95 年 1 月 17 日中央癌症防治會報第 2 次會議後，依會議決議由本部研議檳榔防制跨部會議題，重新進行各部會橫向及縱向檳榔防制業務協調、溝通與整合。

目前 18 歲以上男性嚼檳率已由 98 年的 14.1% 降至 106 年的 9.3%，但仍需透過支持環境及衛教宣導「吃檳榔即使不加配料，也會導致癌症」，和透過口腔癌篩檢來繼續降低嚼檳率。

另外，本部國民健康署刻協力推動地方政府，透過輔導計畫平台建置縣市內跨局處合作機制，就所轄之高嚼檳行業，建置無檳工作環境，聚焦高危險者及擴大支持環境，使高危險群有效降低嚼檳率及早期篩檢，並提供口腔黏膜檢查與戒檳輔導服務，此計畫讓高危險行業人員更容易被照顧。另，我國檳榔轉作和廢園政策，應能確保檳榔種植面積和生產量下降，亦持續受到外界關注。

由於源自過去累積下來的嚼檳人口，口腔癌發生率短期內不會立即下降，強化已發現的口腔癌前病變個案接受定期追蹤管理與及時治療，並戒除檳榔與菸品，為降低癌症發生之關鍵。

#### (四) 酒品健康危害防制

有關酒品與飲酒行為管理分散在以各部會相關法規，如「菸酒稅法」、「菸酒管理法」、「兒童及少年福利與權益保障法」、「家庭暴力防治法」、「道路交通安全規則」、及「道路交通管理處罰條例」等分別管理，為「Health in All Policies」的實踐。

依據世界衛生組織(WHO)酒害防制十大策略，包括：領導、認識與承諾；衛生機構的應對行動；社區行動；酒後駕駛的政策和對策；酒品供應；酒品的推銷；價格政策；減少飲酒和醉酒的負面後果；減少非法和非正規生產酒品之公共衛生影響；監督和監測，針對上開策略衛生部門將強化衛生機構的應對行動與社區行動，目前我國各部會法規現已參照 WHO 酒害防制十大策略進行分工，惟針對酒品販售、廣告、防制青少年飲酒、分眾衛教及宣導等，仍有不足之處，將參照各國規範進行我國法規之落差檢視，針對法律規範不足處或執法未能落實處，研擬加強策略及推動修法。

為提升民眾對酒精健康危害之認知，將持續辦理飲酒行為調查、提供酒癮治療服務，並透過事故傷害防制、社區健康營造及補助辦理菸酒檳榔防制整合計畫等，透過各式宣導傳播途徑(如社群媒體)，針對不同年齡層、族群分眾宣導，推動飲酒對健康影響之衛教與宣導。

## (五) 感染原預防

1. **B、C 型肝炎病毒預防**(病毒性肝炎相關防治政策及方案之檢討，已於問題評析略述，因另有第二期病毒性肝炎防治計畫，故不於此贅述)。

### 2. 人類乳突病毒(HPV)預防

107 年年底之前，10 縣市係自行編預算補助所轄國中女生接種 HPV 疫苗，國一女生施打涵蓋率約 38%。為使各縣市民眾均享有同樣權利，本部國民健康署已於 107 年擴大推動至全國國一女生提供 HPV 疫苗接種服務。為順利推動疫苗接種工作，已辦理 HPV 疫苗宣導並進行校園衛教、建立相關作業流程及表單、進行跨單位的協調與合作及監測機制。但因各縣市間工作模式不同，會所產生的不同施打率，加上部分家長對疫苗施打有疑慮或認為不需要，會造成不同縣市施打率有所差異，未來將需確保疫苗接種服務順利推動及提升涵蓋率，民眾能獲得所需服務降低不平等。

## 三、癌症篩檢

本部於民國 84 年、88 年、91 年和 93 年分別開始推動子宮頸癌、口腔癌、乳癌、和大腸癌篩檢，目前四項癌症篩檢皆已納入預防保健服務。同時建立篩檢陽性個案追蹤制度，確保其接受後續之確診和治療，亦建置篩檢資料庫，收集篩檢結果，用以串連篩檢、追蹤和治療服務，並作為監測和評估執行及篩檢成效。

### (一) 確認篩檢對象及強化癌症篩檢體系及陽性個案追蹤

目前篩檢之現行政策，包括篩檢對象、間隔參表 11。而各項癌症篩檢在推動的過程中，對於篩檢對象(篩檢起始年齡及結束年齡)、篩檢頻率(如子宮頸抹片因應國際實證及各國篩檢政策，以漸進式之方式鼓勵民眾三年至少篩檢一次)、篩檢給付等皆有適時調整(參表 12)，惟在現行政策下，民眾的風險不同，且不一定能遵守複雜的篩檢時程。未來，因應精準醫學的發展及民眾的需求，癌

症篩檢有必要考量是否朝個人化精準預防保健服務(PPHS)方向進行研議規劃。

前一期國家計畫主要目的為提升篩檢涵蓋率，此期計畫將考慮在篩檢率穩定和篩檢經費和人力無法大幅增加情形下，尋求確保篩檢陽性個案得到適當的確診和治療，也應思考各地癌症篩檢管理中心如何加強關懷後之結果。

以子宮頸癌為例，目前子宮頸癌篩檢異常個案追蹤比率已達90%以上，其中抹片結果為重度癌前病變(HSIL)以上的個案，依本部國民健康署篩檢資料庫顯示其依醫囑接受切片確診比率約84%，顯示仍需強化此類篩檢個案之比率。

又如口腔癌篩檢，除各科別之醫師之鑑別力有差異，且篩檢對象之高危險群中，風險最高之嚼檳者參與篩檢動機顯有不足，又因其病識感不強、可能害怕確診發現真的罹癌、確診必須請假扣工資等等，致陽性個案僅約近70%接受確診。雖目前已透過各縣市癌症篩檢管理中心，加強陽性轉介困難個案進行追蹤與管理，惟此類民眾因為社會經濟地位較屬勞動階級，或因政府提供服務過程無法貼近個人需求，實應對民眾的想法再予深入了解，探究其不參加之痛點，破除參與障礙。未來將就其風險因子加以清楚定義(如嚼檳榔期間之長短)，並設定服務優先順序，或調整資源之配置，以達成有效發現初期癌症個案或癌前病變，並順利協助其就醫。口腔癌早期發現早期追蹤治療預後好，如因後續延遲治療的問題導致0、1期存活率較低，應思考改善對策並多加強宣導此部分。國內已有口腔癌篩檢經濟效益之本土實證，國民健康署已落實於全國「癌症防治品質精進計畫」制定及時轉介早期的0-2期監測指標政策。

## (二) 癌症篩檢品質管控

四癌篩檢目前已監控篩檢之陽性預測值及檢出率，對於離群單位進行亦提供輔導。各癌重點品管工作如下：

## 1. 子宮頸癌

為確保子宮頸抹片檢驗品質，訂定「預防保健服務之子宮頸細胞病理診斷單位資格審查原則」，建立相關資格審查和定期後續評核的制度，內容亦包括人員資格、設備和抽片複閱等項目。為提升相關醫師、技術人員之閱片能力，除辦理繼續教育外，也透過定期網路提供案例分享，並對抽片結果有差異者，辦理閱片稽核討論會。再者，隨著子宮頸腺癌比例的增加(由 95 年 5%增加至 105 年 15%)，亦有必要增加相關判讀人員在此方面之能力，以提升正確診斷率。另子宮體癌(子宮內膜癌)為女性癌症發生率第 6 位，女性癌症死亡率第 12 位，目前國際間尚無準確度高且具實證基礎之子宮體癌篩檢工具，惟子宮頸抹片採樣的過程中，少數子宮體癌患者之病灶分泌物、碎片等隨採樣取出，進而於抹片中觀察到，雖然僅少數子宮體癌患者可能由抹片觀察到子宮內膜可疑病灶，透過相關判讀人員的發現，可以讓個案盡速就醫、早期接受治療。子宮頸癌存活率由於 0 期癌增加、1 期癌漸少，晚期癌相較增加，因此存活率有下降趨勢。

我國推動此篩檢政策已逾二十年，並長期監測抹片品質，國際上公認我國具優異品質。未來，除繼續維持目前之作法，若篩檢政策調整，亦將與相關學會共同研議所需品質保證措施等規範。

## 2. 乳癌

為確保乳癌篩檢品質，訂定「預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則」，建立相關資格審查和定期後續評核的制度，內容亦包括人員資格、攝影儀器管、抽片複閱等項目。對於篩檢單位品質指標如 PPV 偏高或偏低者，按比例進行抽片複閱，複閱不符規定者需依規定改善，並持續加強品質的管控機制。此外，DR 的品質優於 CR，加強 CR 影像品質或是輔導醫療院所汰換為 DR，以確保乳攝篩檢品質。

隨著乳房 X 光攝影巡迴車之篩檢者的增加，未來除每年視乳房攝影之執行情形來決定抽片複閱之標準，並加強監控乳房 X 光攝影巡迴車之品質(如實地抽查)；此外，針對人員資格、攝影儀及其他相關硬體設備(如閱片設備)等加以規範，以提升篩檢品質。在篩檢異常個案之確診部分，亦與相關學會合作，辦理醫師教育訓練，落實篩檢疑陽性個案後續處置以提升確診品質。

隨著乳攝篩檢量的增加，對於人員、攝影儀(CR、DR)及其他相關硬體設備(如閱片、儲存設備)等的品質，應持續監控、提升篩檢品質。

### 3. 口腔癌

口腔癌篩檢是由醫師透過目視檢查高危險民眾之口腔黏膜，以找出癌前病變及癌症，因此篩檢品質受檢查醫師本身的能力及篩檢對象是否實屬高危險群影響甚大。目前已針對合作之醫院設定相關指標，導引加強高危險群(嚼檳榔者)優先接受篩檢，另亦透過定期監測口腔癌篩檢資料，篩選近年(102-107年)在篩檢品質指標中排名較落後之醫療機構進行實地輔導，期能找出各篩檢院所品質低落之原因，並即時協助改善。

有關醫療人員能力部分，目前除耳鼻喉科和牙科醫師無須受訓外，其它科別醫師需透過受訓及考試，唯因未規定取得資格後執行檢查之時間及頻度等，造成此類醫師之鑑別診斷能力和前述二科別有差異；故有須調整相關政策且提升檢出率表現離群者之能力，強化其疾病鑑別診斷及轉介追蹤管理等知能。

### 4. 大腸癌

自 99 年起將定量免疫法糞便潛血檢查(iFOBT)列入預防保健服務項目，為確保檢驗品質，訂定「預防保健服務之定量免疫法糞便潛血檢驗醫事機構資格審查原則」，由有設置檢驗單位之醫院或聯合診所、檢驗所提出申請，通過本部國民健康署資格

審查後，始得辦理預防保健服務之 iFOBT。為維持適當及穩定的檢驗品質，本部國民健康署對於通過資格審查者，每年施予監測，含 1 年寄送 2 次樣本檢體檢驗能力測試及書面審核內部品管監測數據，不合格者，另進行實地輔導。為提升檢驗品質，現在朝向輔導檢驗所接受第三方認證與自主接受外部能力試驗，對於無法通過認證與外部能力試驗的檢驗機構制定退場機制。

目前每年篩檢大腸癌篩陽性個案約 8 萬，每年約有 75% 完成大腸鏡確診，然大腸鏡檢驗結果資料僅參加癌症篩檢品質精進計畫約 220 家醫院才提供完整的病理報告資料；目前尚無法全面針對執行大腸鏡檢查之醫院導入監測，為利大腸鏡品質監測、建置病理資料庫，有系統收集切片結果，以有效分析癌前病變及罹癌程度，未來應朝向跨機關合作，推動院所上傳篩檢陽性個案大腸鏡確診資料。

#### 四、癌症診療品質

##### (一) 提升癌症診療品質及辦理認證

為提供民眾高品質的癌症診療品質，本部國民健康署自 90 年開始補助醫院辦理「癌症診療品質提昇計畫」，至 107 年已有 94 家醫院參與癌症診療品質提升計畫。另依據 94 年頒訂「癌症診療品質保證措施準則」，開始研議「癌症診療品質認證試評基準」，於 97 年由本部正式實施癌症診療品質認證制度，107 年已公告 58 家醫院通過認證，占全國年度新診斷癌症個案數 86% 以上，癌症認證地圖幾乎遍及全島，包括偏鄉的苗栗縣及臺東縣，兩縣癌症病友留在該院治療比率亦逐年增加，針對尚無認證的南投縣及離島，本部另有其他提升癌症品質的補助計畫，讓罹癌民眾亦能接受有品質的癌症在地醫療照護，縮短癌症診療城鄉離島差距。我國癌症病人五年存活率也從認證前 50%(93-97 年)提升到 56.7%(101-105 年)。另，進一步分析我國常見癌症期別存活率與美國(SEER)的比較(參表



13)，多數癌症各期別存活率均較美國高，顯示我國癌症治療成效並不遜色於先進國家。

惟上述診療認證的結果及品質指標數據，目前仍無法和健保署醫療給付有連動關係，且健保署試辦的癌症論質計酬制度，無法提供有效的誘因，目前醫院參與數不多，再加上因菸捐減少，本部國民健康署補助醫院提升診療品質的財源驟降，導致醫院人員流失增加，恐嚴重影響民眾診治的品質。

## (二) 以病人為中心之癌症診療

為達到真正以病人為中心，本部自 104 年首次將醫病共享決策列入我國醫院評鑑基準中，並於 105 年將醫病共享決策加入健康醫院認證項目中，明定醫院推動醫病共享決策計畫方案，創造良好的溝通環境，讓病人及家屬獲得足夠的資訊，以達成病人擁有照顧服務上做決定的能力與權利。106 年藉由補助醫院癌症診療品質提升相關計畫，要求醫院落實醫病共享決策於癌症病人的照護中，107 年已有 94 家醫院配合推動，且規劃診斷或治療的醫病共享決策輔助工具，並成立執行流程、建立團隊進行推動。

此外，透過科技研究計畫初步進行肺癌、乳癌、直腸癌、攝護腺癌及頭頸癌 5 種常見癌症病人照護之輔助工具，及藉由各類疾病診治的問題提問單做提示，讓民眾可以選擇自己在乎的問題，主動向醫師提問，表達對醫療方式的看法及期待，讓醫療相關人員了解並提供最適合的醫療方式。惟以制式輔助工具示範，亦需緊密扣合病人在選擇決策對談最關注的需求，未來在發展醫病共享決策服務時，需要同時注重專業人員教育訓練，增加溝通技巧，以彰顯病人的價值觀。

## 五、癌症存活者照護

### (一) 癌症病友服務及個案管理

鑑於癌症病患承受極大的心理煎熬，需要有人從旁協助他們度過疾病發展的不同過程，並給予諮詢及支持，故本部國民健康署自

94年起即開始投入資源強化病友支持服務。惟現行病友服務是以計畫來推動，人員流動率高，可能受到人員對於工作歸屬感或認同度不足，或癌症資源中心之運作缺乏高階主管之支持等因素影響，將影響病友及家屬的服務品質，故除加強人員教育訓練，以提升服務人員自我工作價值及對此工作之認同感，須要促使病友服務及相關個案管理工作納入健保給付，以使病友及其家庭獲得持續的照護。

另99年起推動「腫瘤個管師制度」，103年「癌友導航計畫」，針對所有癌症介入腫瘤個案管理照護模式，提升早期就診率及完治率，期能降低癌症死亡率。我國癌症個案新診斷後3個月內未治療比率從99年18%，下降到105年11%，若以「106年醫院癌症診療品質精進計畫」中調查92家醫院，則小於5%，且從「病人對醫院癌症照護服務之滿意度」調查顯示，病人對「有問題時可以聯絡到個管師」之滿意度，平均各醫院有9成以上回答為滿意以上。綜上，此計畫推動多年已具初步成效，惟多數醫院依賴補助計畫支應腫瘤個管師薪資，面對菸捐收益減少，若未與健保支付連結，可能面對因經費斷炊，服務品質無法永續推動，希望未來國健署能與健保署共同合作，先挑選幾家醫院作試辦計畫，再逐步全面推動，期能建立永續經營的運作模式。

此外，配合本部長期照護司自106年推動之「銜接長照2.0出院準備友善醫院獎勵計畫」，106年全國參與出院準備友善醫院認證共計172家醫院，計168家醫院認證合格；58家癌症診療品質認證醫院同時通過出院準備友善醫院認證為98%（僅1家未參與），另92家參與癌症品質提升計畫醫院逾93%通過出院準備友善醫院認證（有6家未參與），未來將藉癌症品質提升計畫，強化與長照服務及健保支付制度的連結，讓癌症病人出院前均能完成長照評估，提供癌友因有失能狀況需長照需求者能獲得長期的照護，惟依照現行長照政策，腫瘤病人面臨失能、衰弱等需要被照顧情況卻無法有效使用長照2.0服務，如年輕癌症病人無法符合長照補助門檻，部分縣

市政府目前有自行編列預算補貼衰弱病人，使其能得到照顧服務。若能將癌症病人申請長照 2.0 服務年齡調降，更能符合特殊族群的照護。另，長照無腫瘤訓練，腫瘤亦無長照訓練，希望未來能夠推行跨專業訓練模式。

## 六、安寧緩和療護

為讓癌症末期病人享有優質的臨終照護服務，本部自 85 年起推動癌症病人安寧療護服務，並於 89 年辦理「安寧療護納入健保整合試辦計畫」，將安寧住院和安寧居家服務納入給付，且於同年立法通過「安寧緩和醫療條例」，成為亞洲第一個完成自然死法案立法的國家。而後於 105 年通過「病人自主權利法」，於 107 年發布「病人自主權利法施行細則」及「提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法」等配套法規，亦同時發布「預立醫療決定書」格式，並於 108 年正式施行，是亞洲第一部完整地保障病人自主權利的專法，具完全行為能力者，可以透過「預立醫療照護諮商」事先立下書面之預立醫療決定，選擇接受或拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養，截至 108 年 5 月底止，全台已有 97 家醫療機構可提供預立醫療照護諮商服務。

另為提升癌症病人死前安寧療護利用率，於 93 年推動「癌症病人安寧共同照護服務」，並於 94 年起擴大推動，補助 34 家醫院辦理該計畫。為普及末期病人安寧療護服務，自 98 年起將安寧住院及安寧居家服務納入正式給付，並於 100 年 4 月 1 日起，試辦安寧共同照護服務納入健保給付。截至 106 年底，共分別有 70、403 與 151 家醫院提供安寧住院、安寧居家(甲乙類)與安寧共同照護服務，每年約可服務 2 萬名癌症末期病人。目前癌症病人死前一年安寧療護利用情形，已由 89 年 7.4% 大幅提升至 107 年的 61.4%；但國人傳統觀念習慣於家中度過生命最後一段時光，且醫療機構供給面日趨飽和，社區安寧療護的需求日漸增加，惟目前社區安寧療護的推動仍有待提升。另，病人晚期轉介安寧療護(轉介後存活期小於 7 日者)將會增加家屬在哀傷期第一年內有重度憂鬱疾患的出

現，以及病人接受安寧療護之後，病人存活時間的長短與家屬獲得之幫助是有相關的，因此本部 107 年推動於癌症防治醫療機構應針對晚期癌症病人建立早期提供緩和醫療之照護標準與流程，期能透過早期提供轉介，提升癌症照護品質。惟目前尚在起步中，仍需汲取國內外經驗，凝聚照護的共識，並針對癌末病人臨終照護品質指標再訂定。

## 七、癌症資料庫與研究

### (一) 癌症篩檢及登記資料庫整合

為系統性蒐集癌症相關資訊，本部國民健康署自 68 年起建置癌症登記系統、84 年開發「子宮頸抹片申報及追蹤管理資訊系統」及 93 年建置「乳癌、口腔癌、大腸癌篩檢網路申報資訊系統」等。雖不同系統開發時間不同，整合不易，但目前已依據第一線工作者之需要，於 101 年起整合上述各類資訊平台，建置癌症篩檢整合資訊系統及單一入口，以減少資源重複投入，並利資料應用與相關分析。然，本系統尚未能提供以個案為單位之系統整合功能，未來若可進一步整合納入縣市衛生單位依其特色發展之相關資料庫(如社區整合式篩檢等資料)，可更健全癌症資料庫。

與癌症相關之資料，除上述癌症登記資料庫、癌症篩檢資料庫等，又有健保資料庫及國人死因檔等各項資料庫，分屬於不同單位，皆依本部規定定期更新置放於本部科學資料中心，以支援癌症防治政策、生醫及醫藥衛政研究，產出相關實證依據。惟該等資料之運用除不普遍為人所知外，亦有串聯間的相關規範，對於促進公共衛生利益及民眾健康福祉仍有一定的障礙。

### (二) 癌症研究平台的整合

目前癌症防治所需相關實證包含自基礎醫學、基礎醫學應用於人類之可行性、到產生醫學指引及衛生政策之成效評估等，分別由國內各學校及研究機構(如國家衛生研究院、財團法人醫藥品查驗中心、中央研究院等)或相關企業進行，惟各單位對於運用公共資

源之範疇內，我國需要進行何種研究，乃至於已進行何種研究，哪些需跨單位進行，應有相關學術性或研究機構主導，以產出國家推動癌症防治政策所需實證。整體而言，目前政策及民眾危險因子與健康行為改變相關研究較不足，無法產生民眾有感的研究轉譯，研究機構跨平台的整合亦尚有改善的空間。

## 肆、執行策略及方法

依據未來環境預測、現有問題及對現行政策不足之檢討，本部參考國際作法，擬定六大執行策略面向，針對國際衛生經費的擷節趨勢、重視預防對分析數據和運用實證的能力、深入品質的核心和以民眾為中心及公平正義的理念，透過跨部會及公私部門協力（參表 14），以策略為指引，發展下一期國家癌症防治聚焦作法。

### 一、主要執行策略

- （一）建置永續經營的癌症防治體系，確保癌症防治公衛、醫療體制之連結
- （二）強化民眾與癌症防治人員的健康識能
- （三）強化各項服務層面工作品質
- （四）持續推動癌症篩檢，發展個人化癌症精準預防健康服務
- （五）縮小癌症防治各領域的不平等
- （六）應用數據與實證提升癌症防治成效

### 二、分期（年）執行策略

有關各策略之分期執行期程，請見附件一廿特圖。

### 三、執行步驟（方法）與分工

本計畫有關與癌症防治相關之菸害防制、心血管疾病防治、肥胖防治、病毒性肝炎防治，及原鄉健康不平等改善策略行動議題，因其重要性另有專案計畫，不列於本計畫策略中內。

## **(一) 建置永續經營的癌症防治體系，確保癌症防治公衛、醫療體制之連結**

面對癌症醫療費用高漲造成健保沉重財務負擔，透過建置永續經營的癌症防治體系，以確保癌症防治公衛、醫療體制之連結，相關策略及方法如下：

### **策略一：建置完善的癌症防治體制**

方法一：盤點各縣市癌症防治資源狀況及分布情形，整合相關資源工作，確保品質與資源永續發展。

方法二：透過地方衛生局的癌症篩檢管理中心，募集防癌尖兵，徵求或發掘社區中的防癌尖兵(曾因篩檢發現癌前病變或早期癌症之個案現身說法)，以小眾方式有效影響家人與社區鄰里。成立地方宣導隊，藉由創意發想，以傳播健康、傳播愛為主軸，發展符合地方之特色宣傳策略。

方法三：強化醫療院所與衛生局所人員，癌症篩檢陽性個案後續確診、追蹤之邀約技能，對於篩檢陽性個案拒絕確診等困難個案，由衛生局所人員協助進行邀約，俾利完成確診，以早期診斷予以治療。

方法四：提升民眾就醫可近性、複確診便利性，例如：促成醫療單位間(即醫院與基層診所)之轉診與合作，複確診之跨院合作，增進民眾便利。

### **策略二：透過跨部會、跨司署協力合作，強化癌症防治網絡**

方法一：與各部會合作導引民眾採行健康生活型態及定期篩檢友善環境。例如：與教育部、勞動部、內政部、交通部、國防部、原住民委員會、原子能委員會等合作，營造有利民眾健走、運動的友善環境；與金管會或保險局合作，透過商業保險，設計誘因鼓勵民眾願意規律運動、戒菸檳酒、定期健康檢查等

具鼓勵機制之保險商品，強化民眾對於健康之責任與促進健康之能力。

方法二：配合環保主管部會推動跨部會合作因環境污染或變遷所造成癌症相關健康問題之防治計畫，例如：協助民眾對於空污、塑化劑(環境荷爾蒙)等造成民眾健康危害的認知與自我保護措施等。

方法三：持續與教育部合作，從小建立學童對於癌症危險因子(菸檳酒、不運動、肥胖、不均衡飲食)的認識，讓學童注意自己健康外，也可以影響家人，從而建立良好的生活型態。

方法四：持續與勞動部合作，建立友善職場無菸檳工作環境，及宣導癌症防治工作，並於勞工健康檢查時，主動提供政府公費之癌症篩檢服務。

方法五：與漁撈業、建築業、駕駛業等高嚼檳行業之相關主管機關(如農委會等)合作推動檳榔健康危害防制、戒檳服務與口腔黏膜檢查。

方法六：持續與農委會合作檳榔廢園轉作管理方案。

方法七：本部內各司署通力合作推動各項癌症防治重要醫療衛生政策，國民健康署主責國家癌症防治計畫，將預防、篩檢、早期診斷與治療及安寧等工作，與中央健康保險署的健保分級醫療政策及AI等智慧療發展，普及於各醫療院所；與醫事司共同推動預立醫療照護諮商及安寧緩和照護；與疾病管制署合作推動病毒性肝炎防治計畫、HPV疫苗接種計畫等；與長期照顧司合作提供癌症病人因失能所需之長照服務；與護理及健康照護司合作原民癌症防治照護；透過跨司署整合，提供民眾全方位的癌症服務。

**策略三：透過民間協力合作，發展友善的防癌支持環境**

方法一：提供教育訓練及標準工作手冊，並與相關學、協會、基金會等民間組織建立合作機制，以強化民間組織對於癌症防治專業知能，進而透過民間組織網絡全面提升民眾防癌能力。

方法二：於職場推動癌症相關防治工作，規劃與企業合作辦理健康職場，結合健康職場自主認證機制，鼓勵企業協助癌症防治相關議題之宣導與倡議(如婦癌、大腸癌、口腔癌、菸酒檳之健康危害，健康飲食、規律運動、健康體位、安寧療護等)，並研議職場篩檢率表現出色單位予以提供獎勵，增加雇主鼓勵員工受檢之誘因。

方法三：建立無菸檳公共場所及工作場所，並運用社區資源，推廣無菸檳家庭，營造健康意識。

## (二) 強化民眾與癌症防治人員的健康識能

針對國人健康行為養成不易，包括健康的生活型態、避免有害物質的使用、感染病原的防治、參與篩檢、及時就醫診治、預立醫療照護諮商及選擇安寧緩和療護等醫病共享決策的推廣，需要透過強化民眾與癌症防治人員的健康識能。策略及方法如下：

### 策略一：提升生命週期各階段所需之癌症健康識能，倡議民眾負起促進自身健康之責任

方法一：增進民眾對癌症危險因子(菸、酒、檳榔、肥胖、身體活動不足、環境污染等)認知，並結合民眾習慣推動健康自我保護衛教宣導，以降低外在環境對民眾健康影響。例如：透過幼兒的言語或影音媒體體驗，將菸害防制融入幼教資源，並搭配國語、台語、客語、英語、印尼語、越南語等多國配音電子書，鼓勵教師依學童特性從小扎根幼兒拒菸的概念。

方法二：結合民眾習慣推播衛教訊息。例如：結合運用新媒體或新技術等傳播通路，並透過各種電子及平面媒體宣導篩檢；針對



新符合篩檢條件之民眾進行全面宣導，引導癌症病人尋求標準治療、預立醫療照護諮商及早期緩和醫療，末期病人選擇安寧照護等。

方法三：改善衛生教育資訊平台，提供民眾正確、可近性高且易執行的預防、篩檢、診治與安寧緩和醫療照護健康訊息，使用民眾語言進行傳播。例如：宣導素材包括多國語言，並先經測試(Field Test)，據以建立民眾可信任的資訊平台；透過設置多元網站、提供雲端照護、建置免費諮詢專線、網路電話及LINE、智慧型線上健康管理工具平台等e媒體，以提升各生命週期族群之健康識能，整合各式癌症相關資訊，以利民眾查詢及應用。

方法四：結合傳播媒體進行健康危險因子宣導，並與民間團體倡議或辦理活動。例如：運動競賽、菸害防制倡議、健康飲食活動等，另針對高風險族群與社區團體結合，進行重點宣導；結合民間社福團體，於課後輔導時間，關懷、培養高嚼檳榔縣市之兒童少年菸檳防制所需之生活技能，並設立據點輔導兒童少年避免因受同儕影響產生不良健康行為；透過校園菸檳危害防制教育資源網，使學校團隊成員及學生或家長都能依問題需要從中學習，縮短城鄉差距。

方法五：研議鼓勵或限制之政策工具，使民眾依循政府政策之建議，例如：限制青少年接觸菸品、研議激勵定期接受篩檢民眾的做法，或對不接受篩檢者之促進措施。強化民眾實行健康生活之自我責任，例如：設計民眾定期參與癌症篩檢之激勵作法。提供民眾個人健康紀錄，使其了解維護健康之作法，例如：於健康存摺中，提示民眾其定期篩檢之遵從性及可能之危險性。

方法六：監測分析不同群體(包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、身心障礙者、不同疾病者等)在資訊取得與運用上之障礙與健康識能落差，並於推動前述各項工作時，發展適當策略，設

計提供其可接受之傳播方法、模式與格式，增進資訊傳播之無障礙性，提昇其健康識能，縮小健康不平等。

## **策略二：透過跨部會、跨司署及民間協力合作，強化民眾促進健康的責任**

方法一：與學術研究單位，例如：國家衛生研究院、國家教育研究院等，建立研究夥伴關係，共同研議如何強化民眾的癌症防治健康識能。

方法二：透過中央癌症防治會報，協調和交流跨部會，強化民眾健康識能議題之推動。

方法三：在政府機構(公共衛生、教育、交通、社會服務和環境)間進行協調合作，提供明確、清晰與一致性的癌症健康資訊。

方法四：積極邀請從業人員、社區成員、消費者和政策制定者參與。

方法五：與產業界與學術界合作，發展清晰易讀的藥品、食品、化妝品及其他與健康攸關商品的標示規範，確保民眾安全有效的使用。

方法六：與新聞主管部門(國家通訊傳播委員會)、媒體業者共同合作，發展健康資訊清晰度與信實度的相關規範。

方法七：與教育部門協同合作，發展各級教育、醫療衛生專業職能教育的癌症相關健康識能，及適性教育媒體與輔導策略，並給予合適之介入教育輔導模組，以融入生活技能為目標，例如：將菸檳危害防制列為補助地方政府及高級中等學校辦理學校健康促進實施計畫必選議題。

## **策略三：增進癌症防治體系成員及組織人員的健康識能**

方法一：導引跨專業合作解決問題，提升人員及組織的溝通效能和健康識能，例如：引入健康識能，並設計合作計畫及評估指標，導引跨域合作；推動老人醫學及癌症醫學的進一步合作；以

情境教學、案例分析等課程，及透過備課、觀課、議課等實體課程活動，增進學校現場師資團隊菸檳防制專業知能。

方法二：持續推動健康促進醫院，將健康促進概念融入醫院組織文化與日常工作流程，分享癌症防治實證及最佳作法。例如：透過既有專業平台(如教育訓練/醫學會訊/醫學年會等)分享；透過競賽方式，呈現及分享各項工作之精進作法。

方法三：與各專業學會、大學或學術機構等，發展各類癌症防治相關的工具包，共同辦理專業人員工作坊、研討會等，針對創新主題邀請國際相關領域專家辦理工作坊或演講，增進專業人員的識能。

方法四：推動跨領域專業訓練，發展團隊資源整合照護，落實各類醫療人員在臨床應用相互合作機制辦理「跨領域專業訓練」(Inter-professional practice,IPP)，並增加專業間互相學習的介面，如長照專業訓練增加腫瘤照護的重要內容，腫瘤訓練亦增加長照照護的重要內容。

方法五：推廣可造成改變之創新作法，引入實務推動改變之手法，例如：運用新媒體之作法、創新引入服務設計(service design)之作法。

### (三) 強化各項服務層面工作品質

為確保、提升癌症防治(篩檢、診療)的品質，應定期召開相關專家會議，定期檢討改善、監測相關品質，建立品管制度，與相關單位合作列入健保給付、額外給付或認證，甚至引進新興科技(如應用 AI 技術提升乳攝判讀之準確率等)，以強化癌症防治品質，策略及方法如下：

#### 策略一：建立篩檢品質管控機制及監控

- 方法一：組成專家工作小組，召開專家會議，就現有品質問題討論、研議改善略及建立品管機制(如乳攝儀器)，制定規範以確保篩檢品質。
- 方法二：強化篩檢之醫療院所和相關人員、設備之資格審查及安排相關實地訪查、教育訓練、稽核討論會或抽片複閱等作法，協助未達要求者提升能力。
- 方法三：監測各篩檢單位篩檢品質績效(如規定篩檢合理量、抹片良率、判讀正確率、轉介完成率、轉介至品質確認的機構確診治療、陽性預測值及檢出率等)，並建立輔導機制，促使醫療院所提升癌症篩檢品質。
- 方法四：與民間合作推動相關品質提升工作計畫(如檢驗品管、癌症篩檢認證、資料庫建置與分析、癌症防治相關人員之專業訓練等)。
- 方法五：本部國民健康署與中央健保署研議癌症篩檢品質指標之論質給付試辦計畫，強化醫療院所提供癌症篩檢陽性個案後續確診與轉診之治療服務。

## 策略二：推動癌症診療及安寧緩和療護品質提升及認證工作

- 方法一：建立癌症診療及安寧緩和療護品質管理制度、標準及訂定關鍵核心測量指標，評量衛生醫療體系績效，適時公開評量結果：
1. 學習國際作法及標竿，設立關鍵考核指標，提升人員知能及計畫執行成效。
  2. 提供關鍵指標監測成果，本部國民健康署與中央健保署研議納入相關論質給付方案。
  3. 研議將相關指標納入國家品質指標，藉由醫院評鑑和健保給付，提升診療績效。

4. 定期公布醫院治療癌症個案數以及品質指標達成度，提供民眾就醫選擇，另對於符合癌症治療品質指標之醫院，研議獎勵機制。

方法二：持續檢視癌症診療及安寧緩和療護品質認證相關品質指標及病人就醫導航機制，引導離群者改善，以提升診療品質。

1. 協助醫院落實醫院癌症診療品質保證措施準則，辦理癌症診療品質認證工作。
2. 推動相關癌症論績效計酬計畫及激勵機制。
3. 發展新診斷病人就醫導航計畫，協助醫院建立或強化個案管理功能，提升妥善治療率：
  - (1) 促使醫院即時追蹤新診斷個案，定期申報及確認領航對象；另亦尋求連結健保署重大傷病領卡情形，掌握未領卡病人狀況。
  - (2) 促使醫院以病人為中心及時提供適切醫療服務(含安寧療護服務)，並監測新診斷個案於罹病三個月內接受治療情形。
  - (3) 促使醫院發展各自計畫及強化病情告知。
4. 結合民間團體共同引導癌症新診斷病人就醫。

方法三：與專業醫學會合作提升癌症診療及安寧緩和療護相關工作品質，鼓勵專業學會對於癌症診療、預立醫療照護諮商及安寧緩和療護相關政策(如相關提供服務之專業人員和醫療院所資格訂定)提出專業見解供政策修訂。

方法四：與民間合作推動癌症診療、預立醫療照護諮商及安寧緩和療護相關品質提升工作計畫(如檢驗品管、癌症認證、資料庫建置與分析、癌症防治相關人員之專業訓練等)。

方法五：辦理品質競賽或進行標竿學習，例如：透過癌症診治醫療院所的平台，以癌症防治從預防、篩檢、診斷、治療、安寧及資料庫等主題，辦理品質競賽、進行標竿學習工作坊或成果發表會。

**策略三：運用研究或新興技術，持續改善癌症防治效能與品質**

方法一：導入新興科技技術，廣泛用於癌症防治以強化品質控制。例如：應用 AI 技術提升乳攝判讀之準確率；建立分子檢測之管理機制，結合臨床應用，依據個體化差異給予精準的診斷及治療；透過資通訊科技發展智慧健康醫療，應用於遠距醫療照護及健康管理。

方法二：癌症早期診斷率與分期存活率之趨勢與國際分析比較，例如：透過癌症診療及篩檢醫療院所與國際合作的平台，分析癌症早期診斷率與分期存活率之趨勢，並與國際比較。另透過癌症診療醫院平台，將建構的各項品質(包括預防、篩檢、治療及安寧)指標，透過實證研究方法進行評估及檢討，以建構癌症全方位品質指標。

#### **(四) 持續推動癌症篩檢，發展個人化癌症精準預防健康服務**

將依國際實證檢討篩檢政策、研議癌症個人化精準預防健康服務，並對民眾癌症篩檢參與率仍有待提升，且國人健康行為不易養成、缺乏定期篩檢之動機，持續提升篩檢可近性，策略及方法如下：

##### **策略一：研議及發展癌症個人化精準預防健康服務**

方法一：依新實證之需要，持續進行本土化篩檢內容之更新與調查，建構以生命歷程為基礎之個人化精準預防保健服務模式，以提升國人預防保健服務之精進模式。

方法二：依據民眾各項危險因子(如健康行為、家族史等)提供不同個人化篩檢方案。例如：食道癌與菸、酒、檳榔有關，進行相關問題篩檢問卷找出高風險族群後，再進一步檢查；針對癌症家族史的民眾(如肺癌、大腸癌等)，研議提供篩檢服務的可行性。

方法三：針對罹癌且已接受治療之個案，鼓勵其至醫療院所定期追蹤檢查、治療及處置。

## 策略二：持續推動落實四癌篩檢服務，提升篩檢參與率

### 方法一：提供可近性篩檢服務，提升民眾篩檢意願

1. 配合民眾作息、需求，提供癌症篩檢服務(如社區設站、推動職場癌症篩檢、提升基層醫療院所參與率、便利採便管發送及設多點回收站、輔導院所建立婦女友善、隱私性佳或可放鬆的檢查空間)。
2. 鼓勵民眾自費健檢時，可一併接受癌症篩檢服務。
3. 透過衛生單位與醫院、基層診所建立轉介合作機制，促使其轉介門診中符合篩檢資格民眾至篩檢醫院或指定地點接受篩檢服務。
4. 持續與勞動部協商於勞工健檢時併作癌症篩檢；建議公務人員保障暨培訓委員會將癌症篩檢納入公務人員健康檢查項目。

### 方法二：解決醫療院所推動障礙

1. 降低醫療院所癌症篩檢跨院重複，減少執行癌篩業務之一線人員查詢民眾篩檢資料時間，輔導區域級以上醫院執行雲端篩檢資料介接，縮短醫護人員查詢時間。
2. 評估癌症篩檢及確診執行人力適切性，精進服務流程。
3. 對於已罹癌者、接受相關臨床處置的個案，自邀約分母中扣除，避免造成民眾及邀約單位之困擾。
4. 加強癌症篩檢個案之關懷，以促使篩檢陽性追蹤之困難個案接受服務。
5. 提供民眾諮詢窗口，對於受檢有困難者，或對於篩檢有疑慮之民眾，透過電話關懷協助其解決問題，促使其接受篩檢。
6. 結合民間團體共同倡議癌症篩檢陽性就醫，以減輕醫療的負擔。
7. 協助醫療院所與健保署溝通，協助解決稅的問題及量能上限，增加醫療院所提供篩檢服務之意願。

### 方法三：強化組織性篩檢

1. 提升衛生單位對組織性篩檢的能力。

2. 鼓勵縣市結合相關資源以系統性的方式，個人或家戶為中心，提供友善資訊服務，主動邀約民眾受檢。
3. 辦理縣市經驗分享，提升組織性邀約之成效。

### **策略三：收集篩檢自費個案資料，呈現民眾接受篩檢服務之實況。**

方法一：電話或問卷調查了解民眾接受癌症篩檢的情況。

方法二：對於自費篩檢民眾，鼓勵衛生局所及醫療院所經其同意上傳篩檢資料。

### **策略四：依實證適時檢討癌篩政策**

方法一：依國際最新實證及本土資料檢視篩檢對象資格、工具、間隔等之適切性。

方法二：收集新興癌症篩檢實證，並進行相關醫療科技評估及機會成本評估，如四癌中之大腸癌直接以大腸鏡篩檢之評估，或胃癌、食道癌及肺癌等癌症，是否有利大於弊且具有成本效益。

## **(五) 縮小癌症防治各領域的不平等**

為降低各領域在癌症防的健康不平等，衛生福利部透過健康不平等相關資料數據之分析與各縣市醫療資源盤點，透過輔導計畫、跨部會合作等針對特殊族群(如：身心障礙者、高嚼檳行業)提供癌症防治服務。

### **策略一：強化相關健康不平等之分析及研究**

方法一：進行癌症發生、死亡、篩檢服務、存活率、致癌因子等分析之實證研究，並納入性別、年齡、種族、教育、殘障、地理位置、職業狀況、癌症期別及癌症種類等深入分析，及納入



原住民及新住民等特殊族群，以了解是否存在有不平等之狀況。

方法二：癌症醫療資源分布及醫療品質等不平等之實證研究，例如：進行癌症醫療資源分布及醫療品質差異之實證研究。

## 策略二：強化特殊族群的癌症防治服務

方法一：改善性別間之健康服務利用差異，例如：對大腸癌篩檢之男性接受率較女性低之困境，提出改善方法。

方法二：針對不同族群，聚焦防治政策。例如：針對高菸癮行業，強化戒癮衛教與口腔粘膜篩檢；針對身心障礙者接受子宮頸抹片與乳癌篩檢之可近性，營造身心障礙者友善就醫環境；推動具有文化敏感度之癌症防治工作；新住民家庭教育及法令宣導課程、生活適應輔導計畫中列入癌症防治課程與活動，並於「新住民培力發展資訊網」多語宣導癌症防治資訊。

方法三：根據針對篩檢率較低的年齡群，施行具年齡與性別特異性的篩檢策略，如：採用該年齡族群常觸及的媒體宣導管道及可近性服務。

方法四：強化協助未篩檢者認知及行動，設定癌症首篩目標，鼓勵縣市找出符合資格但從未接受篩檢者。

方法五：強化老年癌症照護需求，例如：結合老人醫學和癌症專業(如復健和安寧等)，提供合宜服務。

## 策略三：改善地區間之不平等

方法一：盤點縣市癌症防治資源狀況，對於資源不足地區，研議資源連接跨縣市輔導或跨院際合作，除降低健康不平等外，並提升相關癌症篩檢、診斷與治療的可近性與品質。

方法二：不健康生活型態常有群聚現象，對於居於劣勢之縣市優先給予資源，協助其推動整合性策略或健康促進介入計畫，解決

不健康生活型態之群聚現象，例如：推動菸酒檳榔中長程整合性防制計畫，癌症高盛行縣市可依其縣市現況與需求，提具地方特色之防制計畫。

方法三：協助篩檢率及陽追率低於全國平均值之縣市持續改善，並訂定改善目標。

方法四：縮小地區間服務提供之不平等，例如：對於無或很少診療品質認證醫院之縣市，辦理跨院際合作計畫；例如：鼓勵醫院整合在地基層院所，發展以病人為中心的社區安寧照護。

## **(六) 應用數據與實證提升癌症防治成效**

因應精準醫療與智慧醫療時代來臨，發展依據不同癌症危險因子提供符合成本效益的預防措施與篩檢服務，需要透過長期收錄及監測危險因子及健康行為等大數據資料，分析癌症在年齡、地理位置及社經地位等的差異，以發展防治策略，提升癌症防治成效。策略及方法如下：

### **策略一：強化實證研究及數據運用，以協助各項癌症防治政策制定與優先順序擬定**

方法一：系統性資料蒐集、分析及產出實證作規劃及分工，例如：成立工作小組對所需實證(各段預防之危險因子探索、資源可用性，乃至成效評估等)，提出現況分析和發展建議，使研究可收綜效，並作為政策參考。

方法二：擴大開放資料(open data)使用機會。例如：於衛福部科學資料中心提供癌症登記及癌症篩檢資料，供衛生行政/醫療/研究人員運用，並推廣該資料之分析及運用、實證研究進行；結合科技部規劃癌症相關研究議題。

方法三：鼓勵對既有健保、疫苗、B肝及C肝、公衛和人口及地理等資料庫間主動串聯和運用，例如：鼓勵對現有發生、篩檢、就

醫、死亡及其它資料庫，提出深入分析，強化衛福部各司署間合作分析。

方法四：針對死亡率持續上升之癌症(如食道癌、胰臟癌)，結合癌症研究跨機構平台，強化新技術之研究發展，擬定個人化治療策略，例如：運用腸道菌叢(microbiota)作為診斷或預後指標之生物標誌，開發新的治療方法。

### **策略二：建立民眾癌症危險因子資料，長期監測並發展防治策略**

方法一：建立危險因子分析與監測系統，例如：透過癌症危險因子資料庫，長期監測與分析，發展防治策略。運用問卷調查方式

方法二：進行社區調查，例如：研議及導引衛生所及醫療院所收錄並建立癌症危險因子資料庫。

### **策略三：參與跨國癌症合作計畫及比較，標竿學習先進國家經驗**

方法一：培養與國際癌症資料庫研究中心合作之人才，進行跨國資料庫合作及資料比較，透過國際比較，找出優勢策略，標竿學習先進國家經驗，例如與國際主要資料比較系統(如國際疾病負擔比較 Global Burden of Disease, GBD)合作，進行跨國資料比較。

方法二：定期與先進國家的醫療公衛成效指標做比較，持續研議提升我國防治的成效，例如各別癌症分期及 5 年存活率、治療核心指標與英、美、德、日、韓做比較。

方法三：辦理或參加癌症相關國際組織與研討會等，藉由國際交流，汲取他國經驗，提升我國癌症防治能力。

## **伍、期程與資源需求**

### **一、計畫期程**

本計畫期程為民國 108 年至 112 年。

## 二、經費來源及計算基準

本計畫將由本部國民健康署菸害防制及衛生保健基金以及公務預算支應。其計算基準係依未來推廣工作所需，並以目前補助（或捐助）計畫之標準編列相關經費，經費將視實際情形修正。

## 三、經費需求（含分年經費）及與中程歲出概算額度配合情形

本計畫五年總經費共計約需新台幣 19,271,194 千元（經費編列詳見附件 2 經費需求表）；本計畫業列為衛生福利部重要施政計畫，將依計畫經費需求及核定經費辦理預算編列，且本部以攸關民眾權益計畫項目作為優先考量，基金預算將依每年菸品健康捐實際分配額度滾動調整其他各項計畫，以符合基金財務平衡原則。

108 年所需經費：3,979,235 千元

109 年所需經費：3,686,987 千元

110 年所需經費：3,868,324 千元

111 年所需經費：3,868,324 千元

112 年所需經費：3,868,324 千元

## 陸、預期效果及影響

### 一、計畫短期成效

若本計畫順利執行，可逐步整合政府和社區資源，建立自策略規劃至監測評估體系完整的癌症防治工作架構，並持續提升民眾防癌能力，提升癌症篩檢陽性追蹤完成率，加強癌症診療品質，進而提高癌症 5 年存活率。茲分項說明如下：

- (一) 降低 18 歲以上成人嚼檳率。
- (二) 提升癌症篩檢陽性追蹤完成率，縮小縣市篩檢率差異。
- (三) 提升癌症診療品質，提高癌症 5 年存活率。

## 二、計畫長期成效

降低總體癌症死亡率。

## 柒、財務計畫

本計畫財源來自衛生福利部之公務預算-科技發展工作及菸害防制及衛生保健基金，藉以編列預算，辦理民眾由前端的預防至後續的治療等相關服務，其中之癌症篩檢係為全額補助，無法向民眾收取部份負擔以減輕財源負擔。另除使用於中央主辦機關辦理癌症防治工作外，並補助縣市地方政府及民間團體辦理相關癌症防治執行與衛教宣導工作，透過中央、地方與民間團體合作以強化計畫成效。本部未來將持續辦理癌症防治工作，篩檢部分亦將視菸捐調整爭取預算執行，期能透過計畫之執行，以降低癌症對國人之威脅，促進國人健康。

## 捌、附則

### 一、替選方案之分析及評估

替選方案為繼續以現有本部國民健康署及行政院核定之預算，配各地方衛生局每年執行之衛生保健業務內容執行，無法擴大提供民眾受檢及持續提升癌症診療品質時，只能保守執行業務。

### 二、風險評估

#### (一) 風險辨識

研究顯示大規模子宮頸抹片篩檢可以降低 60-90% 的子宮頸癌發生率與死亡率；每 1-3 年 1 次的乳房攝影可以降低 45-69 歲婦女乳癌死亡率 20-30%；每 1-2 年糞便潛血檢查可以降低 50-69 歲民眾大腸癌死亡率 15-33%；35 歲以上具菸酒習慣的男性每 3 年做 1 次口腔黏膜目視檢查，可降低 43% 的口腔癌死亡率。此四項癌症篩檢 WHO 已建議可以經由篩檢早期發現早期治療之癌症。爰此，本部自 84 年開始提供子宮頸抹片檢查，其後連續推動口腔黏膜檢查、

乳房攝影檢查與糞便潛血檢查，目前四項癌症篩檢皆已納為預防保健服務項目，106 年子宮頸癌、乳癌、大腸癌及口腔癌篩檢率已分別達 72.5%、39.9%、38%及 54.6%，較 98 年提升 1 倍，顯示民眾漸已開始建立定期篩檢的觀念。且本計畫經評估，篩檢係屬健康政策的上游工作，有助於提升國民健康，減少後段醫療及長期照護費用的支出，為極具成本效益之計畫。且篩檢立意為提升民眾健康，不致發生民眾抱怨或抗爭，負面媒體報導、人員傷亡或財務損失等風險。

接受癌症篩檢為民眾之基本權利，每位符合資格之民眾，皆享有受檢權利。近年來，民眾的癌症篩檢率雖已逐漸提升，本部為提升癌症篩檢率，以期達到降低癌症死亡率之效果，因此所編列之癌症篩檢經費依每年預估之篩檢量逐年提升。為減低公務預算之負擔，本部國民健康署已於 103 年起將子宮頸抹片及年長婦女乳房攝影檢查費用約計 14.3 億元由原編列於公務預算移至菸害防制及衛生保健基金中編列。惟目前菸捐收入不足下，屆時恐無法支應往後的癌症篩檢費用。

## **(二) 風險分析**

依據衛生福利部參採「風險管理及危機處理作業手冊」訂定之「風險發生機率分類表」及「風險影響程度分類表」(參表 15)，本計畫之經費不足問題在風險機率方面評估為「可能」發生，在風險影響程度方面評估為「嚴重」。

## **(三) 風險評量**

本計畫計有主要風險項目 1 項，經風險評估結果，其風險分布情形如風險圖像(參圖 7)，經費不足問題之風險值為 4，超出衛生福利部所訂可容忍風險值 2。

附件 1 計畫執行甘特圖

項 目	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年
<b>建置永續經營的癌症防治體系，確保癌症防治公衛、醫療體制之連結</b> 建置完善的癌症防治醫療體制 透過跨部會、跨司署協力合作，強化完善的癌症防治網絡 透過民間協力合作，發展友善的防癌支持環境					
<b>強化民眾與癌症防治人員的健康識能</b> 提升生命週期各階段所需之癌症健康識能，倡議民眾負起促進自身健康之責任 透過跨部會、跨司署及民間協力合作，強化民眾促進健康的責任 增進癌症防治體系成員及組織人員的健康識能					
<b>強化各項服務層面工作品質</b> 建立篩檢品質管控機制及監控 推動癌症診療及安寧緩和療護品質提升或認證工作 運用研究或新興技術，持續改善癌症防治效能與品質					

<p><b>持續推動癌症篩檢，發展個人化癌症精準預防保健服務</b></p> <p>研議及發展個人化癌症精準預防健康服務</p> <p>持續推動落實四癌篩檢服務，提升篩檢參與率</p> <p>收集篩檢自費個案資料，呈現民眾接受篩檢服務之實況。</p> <p>依實證適時檢討癌篩政策</p>					
<p><b>縮小癌症防治各領域的不平等</b></p> <p>強化相關健康不平等之分析及研究</p> <p>強化特殊族群的癌症防治服務</p> <p>改善地區間之不平等</p>					
<p><b>應用數據與實證提升癌症防治成效</b></p> <p>強化實證研究及數據應用，以協助各項癌症防治政策制定與優先順序擬定</p> <p>建立民眾癌症危險因子資料，長期監測並發展防治策略</p> <p>參與跨國癌症合作計畫及比較，標竿學習先進國家經驗</p>					



附件 2 經費需求表 (單位：千元)

項目	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年
<b>建置永續經營的癌症防治體系</b>	<b>40,310</b>	<b>40,425</b>	<b>40,310</b>	<b>40,310</b>	<b>40,310</b>
檳榔危害防制教育資源整合計畫	2,000	3,000	2,000	2,000	2,000
營造無檳榔支持環境工作計畫	7,000	6,000	7,000	7,000	7,000
兒童少年菸檳危害防制輔導計畫	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000
癌症防治基礎運作	27,310	27,425	27,310	27,310	27,310
<b>強化民眾與癌症防治人員的健康識能</b>	<b>116,107</b>	<b>96,380</b>	<b>116,107</b>	<b>116,107</b>	<b>116,107</b>
菸害相關癌症防治宣導費	30,000	-	-	-	-
癌症防治宣導費	15,000	26,273	45,000	45,000	45,000
補(協)助地方政府機關(構)辦理菸害相關癌症防治人力	29,607	29,607	29,607	29,607	29,607
癌症防治人力計畫	21,000	21,000	21,000	21,000	21,000
乳房 X 光攝影影像品質提升及人員培訓計畫	9,000	8,000	9,000	9,000	9,000
整合性安寧全人照護培訓與宣導推廣計畫	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
其他相關癌症人員培訓計畫	1,500	1,500	1,500	1,500	1,500
<b>強化各層面工作品質</b>	<b>641,800</b>	<b>512,300</b>	<b>641,800</b>	<b>641,800</b>	<b>641,800</b>
癌症病理檢驗品質提升工作計畫	3,500	4,000	3,500	3,500	3,500
乳癌篩檢疑陽個案後續處置品質提升計畫	2,800	2,800	2,800	2,800	2,800
大腸癌篩檢檢驗品質提升計畫	1,000	1,500	1,000	1,000	1,000
癌症診療品質認證暨核心指標作業計畫	9,500	9,500	9,500	9,500	9,500
全方位癌症防治策進計畫	400,000	389,500	400,000	400,000	400,000