

我國癌症防治工作經費配置、實施成效與相關問題探討目錄

頁次

壹、前言	1
貳、現況分析	2
一、歷年我國癌症防治計畫政策內容	2
二、我國現行癌症防治之組織架構與權責分工	5
三、近年國家癌症防治計畫預算編列及執行情形	7
參、問題探討	9
一、各期國家癌症防治計畫部分指標未能達成預期目標，或計畫目標值未能持續追蹤致缺乏挑戰性等情事，允宜積極檢討，以強化計畫成效評估與追蹤	9
二、114年起癌症篩檢將新增或擴大篩檢服務對象，惟部分癌症篩檢率仍有城鄉落差且趨劣化，離島地區尤明顯偏低，另陽性個案追蹤率及整體癌症過早死亡機率亦有待改善之處	15
三、乳癌篩檢率較先進國家尚有努力空間，且近年標準化死亡率有增加趨勢，而大腸癌、子宮頸癌發生率有年輕化傾向，允宜積極研擬因應對策	21
四、肺癌死亡率已多年居各癌症之首，且呈概增趨勢，然有相當比率患者非屬吸菸族群，另近年無菸檳酒之口腔癌患者比率亦有增加趨勢，宜秉精準預防及治療原則辦理相關工作，俾維護民眾健康	27
五、有效癌症防治涉及健康生活型態養成、菸檳酒危害防制及空氣污染防治等，允宜強化與相關部會及地方政府間協力合作，鼓勵民眾積極投入參與，俾逐步達成健康臺灣之長遠目標	34
肆、結論及建議	41
伍、參考文獻	42

我國癌症防治工作經費配置、實施成效與相關問題探討

壹、前言

聯合國近年持續呼籲各國將非傳染性疾病防治列為重要衛生施政方針。自 71 年迄今，癌症均為我國四大慢性非傳染性疾病¹死亡人數占比最高者。對個人與家庭而言，疾病可能導致生產力下降及過早死亡，患者如為家中主要經濟來源，將對家庭產生極大壓力。又治療疾病伴隨之財務負擔亦可能導致政府醫療成本上升，尤以癌症常導致長期殘疾，影響保險費率與公共衛生政策，導致醫療保健計畫之資金與資源分配發生變化，進一步影響經濟貢獻。在社會層面，癌症患者可能面臨缺乏社會支持網絡，導致與周圍環境產生隔閡而有焦慮、憂慮等心理問題。又癌症之高死亡率，亦將對整體社會產生極大不安定性。

近來世界衛生組織(WHO)持續倡導防癌四大策略，包括推動癌症預防、篩檢、治療及安寧緩和醫療，我國亦於 92 年通過癌症防治法，以整合運用醫療保健資源，有效推動癌症防治；茲為達成我國 2030 年癌症標準化死亡率²降低三分之一之目標³，114 年度增加 40 億元公務預算，期透過提升早期癌症篩檢，降低其死亡率。然隨著民眾生活型態改變、人口老化等因素，癌症新發生人數持續增加，對癌症防治已形成衝擊，爰本報告擬檢視我國癌症防治計畫重要政策、近年預算執行概況及組織分工，並進一步探討我國近年癌症防治工作成效及所面臨挑戰，據以提出改善建議。

¹ 四大非傳染性疾病為癌症、糖尿病、心血管疾病及慢性呼吸系統疾病。

² 標準化死亡率係指將兩國或兩地不同性別、年齡、城鄉、所得、職業、婚姻、種族等項組合，化為同一基礎，用以剔除其人口在組合上之差異，俾可受客觀比較。此處所稱之標準化死亡率是指去除年齡組成影響、以 2000 年 WHO 世界標準人口為基準之死亡率。

³ 「總統訪視臺大醫院癌醫中心，期許 2030 年癌症標準化死亡率降低三分之一」，總統府新聞稿，113 年 11 月 19 日，<https://www.president.gov.tw/News/28872> (最後瀏覽日：114 年 6 月 30 日)。

貳、現況分析

一、歷年我國癌症防治計畫政策內容

為提升癌症防治工作之完整性及有效性並加強整合相關資源，我國於 94 年開始推動「國家癌症防治五年計畫」，迄今已邁入第五期。茲就我國癌症防治工作歷來推動重要工作內容摘述如下：

(一)第一至四期國家癌症防治計畫重要工作包括整合癌症防治架構與癌症篩檢登記資料、新興致癌因子預防及提升癌症篩檢涵蓋率

「國家癌症防治五年計畫」重要工作係整合相關癌症防治架構、整合利用癌症資料及推動癌症篩檢工作，第二及三期計畫以擴大提供癌篩服務、強調新興致癌因子防制為主，第四期計畫則發展個人化癌症精準預防健康服務，第一至四期重要政策推動內容整理摘要詳表 2-1-1。

表 2-1-1 第一至四期國家癌症防治計畫重要工作與推動情形一覽表

單位：新臺幣百萬元

項目 (期間)	決算數 (百萬元)	重要工作	推動情形(摘要)
國家癌症防治 五年計畫 (94 至 98 年)	1,420	整合癌症防治架構	整合中央各相關部會癌症防治工作，將口腔黏膜納入勞工健康檢查項目；建立中央地方整合機制，與縣市衛生局共同議定國家防癌政策。
		建立健康生活型態	透過電視廣播、報章雜誌及網路等媒體通路，使民眾獲得健康資訊；深入社區與校園，並強化與民間團體合作倡導不嚼檳榔。
		研議人類乳突病毒(HPV)疫苗政策	使社會大眾認識 HPV 與子宮頸癌關係；優先提供低收入戶與原住民、離島青少年免費接種。
		推動癌症篩檢工作	98 年起乳癌篩檢服務擴大為 45 至 69 歲(原須滿 50 歲)；委託辦理「口腔黏膜健康檢查教育訓練」課程，期提升口腔癌篩檢品質。
		整合利用癌症資料	97 年起辦理癌症登記線上教育課程，並推動辦理癌症登記技術人員認證，與建立癌症登記病歷同儕抽

項目 (期間)	決算數 (百萬元)	重要工作	推動情形(摘要)
			審與外部再閱監測機制；99 年啟用「癌症登記指標線上互動查詢系統」(https://cris.bhp.doh.gov.tw/)，可即時查詢癌症發生與死亡等統計資料。
第二期國家 癌症防治計畫 (99 至 102 年)	8,006	提升癌症篩檢率及品質	透過健保特約醫療院所，建立足夠之癌症篩檢服務體系；將陽性個案追蹤完成率列為大腸癌及口腔癌篩檢服務品質目標；建立篩檢醫事人員與醫療院所認證等癌症篩檢品質監測機制。
		推動防癌宣導教育	推出由門診戒菸，擴大至住院、急診及社區藥局都可提供之二代戒菸服務，並加強私劣菸品查緝；推動飲食防癌並建置「0800-367-100」健康體重電話免費諮詢服務專線及網路電話諮詢服務，提供民眾營養及健康相關知識諮詢。
		改善病人生活品質與存活率	99 年起陸續發展癌症照護品質指標及指引、護理照護品質指標及臨床照護指引；補助醫院辦理診療照護、安寧療護、癌症診療資料庫建置等面向以促使醫院落實癌症診療品質保證措施準則。
		整合癌症篩檢與登記資料庫	101 年建置「癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統」，統合大乳口系統(大腸、口腔、乳癌篩檢)、子抹(子宮頸抹片)系統、癌症登記、HPV 疫苗個案管理等資料庫，透過資料探勘(data mining)分析，發揮大數據綜效。
第三期國家 癌症防治計畫 (103 至 107 年)	13,797	新興致癌因子之預防	強化致胖環境監測與改善、推行「現代國民營養計畫」，並達成規律運動人口倍增，以防治肥胖、飲食與運動不足等新興致癌因子。
		擴大及落實癌症篩檢	提升乳癌、口腔癌、大腸癌及子宮頸癌(以下簡稱四癌)之篩檢涵蓋率；提升前述四癌陽性個案追蹤完成率；強化未篩檢及高危險群民眾之篩檢；縮短乳癌及大腸癌篩檢率最高與最低之市縣差距。
		提供民眾適切治療	降低癌症新診斷個案 3 個月未治療比率；落實癌症病人病情告知之流程與品質管理機制；提升癌症病人安寧療護服務服務涵蓋率。
第四期國家 癌症防治計畫 (108 至 112 年)	16,929	提升對於癌症預防及健康識能	推動 18 歲以上成人減少吸菸率與嚼檳榔率及每人每年純酒精不超過一定消費量、過重及肥胖率維持穩定，以及每日蔬菜攝取量 3 份和水果 2 份之盛行率達一定水準。

項目 (期間)	決算數 (百萬元)	重要工作	推動情形(摘要)
		提升癌症篩檢涵蓋率	提升乳癌及大腸癌之曾經篩檢率；達一定家數之癌症診療醫院對 10 種癌症 ⁴ 選定 5 個重點癌別，建立精準預防保健服務模組流程；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 至 1 期)比率。
		提供高品質治療及完善癌症防治體制	提升全癌症五年相對存活率；達一定家數之癌症診療醫院建立癌症篩檢、診斷、治療到安寧之完整轉診制度。
		應用數據與新科技提升防治成效	發展至少 2 種癌別之人工智慧(AI)協助癌症判讀技術；達一定家數之癌症診療醫院建立危險因子分析與監測系統，提出現況分析與發展建議。

資料來源：國民健康署提供，本中心整理。

(二)「第五期國家癌症防治計畫」持續擴大癌症篩檢服務，並強化應用數據與新科技，提升癌症防制成效

「第五期國家癌症防治計畫」(113 至 119 年)奠基於前四期計畫建置之癌症防治體系，聚焦於提升癌症防治體系之夥伴關係、強化預防及防制癌症風險因子、擴大癌症篩檢服務、提供高品質診治服務並提升癌友與家屬生活品質，與運用監測數據及實證分析精進防治策略，相關重要計畫內容與長期目標設定整理詳表 2-1-2。

表 2-1-2 「第五期國家癌症防治計畫」重要工作與目標值一覽表

單位：新臺幣百萬元

項目 (期間)	計畫總數 (百萬元)	重要工作	長期目標值設定(119 年)
「第五期國家癌症防治計畫」 (113 至 119 年)	55,925	癌症風險因子防制	18 歲以上國人身體活動不足比率降低至 43.3%、成人過重及肥胖率降低至 45%、18 歲以上平均每人每年酒精消費量降低至 3.8 公升以下、18 歲以上吸菸率低於 12.4%、嚼檳榔率低於 4.3%。
		提升癌症篩檢	乳癌、子宮頸癌、大腸癌、口腔癌及肺癌之篩檢服務量分別達 148 萬、281 萬、158 萬、70 萬及 93 萬

⁴ 包括肝癌、肺癌、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(含子宮內膜癌及子宮惡性肉瘤)。

項目 (期間)	計畫總數 (百萬元)	重要工作	長期目標值設定(119年)
			人次；前述 5 項癌症陽性個案追蹤完成率前 2 項達 92%、後 3 項為 90%。
		提供高品質 癌症治療	癌症診療認證醫院達 70 家以上；提出優化之中藥輔助西醫治療乳癌方法。
		應用數據與 新科技提升 癌症防制成 效	至少 90 家癌症診療醫院建立危險因子分析與監測系統，提出發展建議；健康存摺使用人次較 118 年度增加 100 萬人次；建立中西醫結合療效分析與預後預測模型。
		呼 應 WHO 2030 加速消 除子宮頸癌	90%之 15 歲女孩接種 HPV 疫苗；70%之女性在 35 歲前接受高效能子宮頸癌篩檢，45 歲前再次篩檢；90%被確診為子宮頸癌(癌前病變或癌症)女性能得到治療及照護。

說明：1. 第五期國家癌症防治計畫書將部分計畫目標分短期(114年)、中期(116年)及長期(119年)，本表列示之目標值係 119 年長期目標值。

2. 「第五期國家癌症防治計畫」113 年度預、決算數各為 41.71 億元、40.42 億元，114 年度預算案數為 85.73 億元。

資料來源：第五期國家癌症防治計畫書，本中心整理。

二、我國現行癌症防治之組織架構與權責分工

(一)癌症防治與防癌教育宣導、環境致癌因子管制、健康生活型態推廣密切相關，亦涉及癌症相關研究與 AI 之研發、輔導健康服務產業發展及中央地方溝通協調等業務

癌症防治法第 2 條規定略以，衛生福利部(下稱衛福部)為中央主管機關，而關於國家癌症防治計畫⁵之推動係由國民健康署(下稱國健署)統籌辦理，為推展業務，該署須與地方政府與所屬衛生機關協調溝通，如：與地方衛生機關協力，提供整合性癌症篩檢服務，並透過基層行政單位如村里長等，於篩檢時進行衛教宣導；另透過中央癌症防治會報、癌症防治政策委員

⁵ 癌症防治法自 92 年實施後，國健署依法定期召開中央癌症防治會報及癌症防治政策委員會，進行跨部會與跨司署橫向及縱向業務之協調與溝通，於 94 年起推動「國家癌症防治五年計畫」。

會⁶等機制盤點整合各轄區特有資源以結合中央與公共衛生政策，並發展因地制宜之癌症防治策略與措施。

癌症防治法第 5 條規定：「國家應提供充分資源，並整合政府及民間力量，致力研究開發尖端醫學技術，協助推展臨床試驗，推動癌症防治工作，並應將防癌知識與癌症病人就醫之正確知識納入國民義務教育，致力於避免或減少國民暴露於可能致癌因子。」爰教育部(防癌教育等)、環境部(環境致癌因子管制)、農業部(健康生活型態推廣)、經濟部(輔導健康服務產業發展)及國家科學及技術委員會(協助癌症相關研究與 AI 之研發等)等機關與癌症防治業務較密切，茲就癌症防治業務相關部會、癌症防治角色及業務重點整理詳表 2-2。

表 2-2 癌症防治相關主管機關、癌症防治角色及其業務重點表

主管機關	癌症防治角色	業務重點
衛福部	安寧療護與癌症相關精準醫療	安寧緩和醫療品質提升；推動病人預立醫療決定及癌症相關精準醫療
	口腔健康促進、整合照護及復健發展研究	口腔衛生教育及預防保健；口腔癌整合照護及復健之發展與研究
	癌症醫療給付及資料收錄	癌症治療給付及管理；癌症新醫療、新技術、新藥發展及支付；健康存摺推廣及連動
	傳染性致癌因子防制	急性 B、C 型肝炎病毒感染預防、監測及研究；B 型肝炎疫苗接種
	癌症預防及篩檢	癌症風險因子防制及監測調查、HPV 疫苗接種、癌症篩檢服務及網絡布建、輔導成立癌症資源中心、癌症登記及篩檢資料庫建置及分析
教育部	防癌教育及推動健康促進學校	落實十二年國民基本教育課程綱要之健康教育教學；推動學生每週在校運動 150 分鐘方案；降低青少年吸菸及嚼檳率；教導學生瞭解癌症預防及治療
	校園健康飲食	督導學校依照「學校午餐食物內容及營養基準」及「校園飲品及點心販售範圍」等規範提供餐食
農業部	檳榔管制及農藥管制	檳榔廢園及轉作輔導，降低檳榔種植面積；辦理檳榔農藥殘留抽驗，輔導農民安全用藥

⁶ 癌症防治法第 7 條第 1 項規定略以，癌症防治政策委員會任務包括研訂癌症防治政策、評估癌症防治預算、審議癌症防治相關醫事人力設備與癌症防治方案、審議癌症診斷治療指引、審查癌症篩檢方案等事項。

主管機關	癌症防治角色	業務重點
	食農教育	辦理食農教育推廣
環境部	環境致癌因子管制	環境致癌因子管制（如：空氣污染、水污染等）
經濟部	輔導健康服務產業發展	輔導健康服務產業掌握市場趨勢，建構健康服務生態圈，帶動健康產業發展
國家科學及技術委員會	癌症研究及 AI 研究	推動癌症相關研究、研發；癌症相關 AI 之研發
金融監督管理委員會	癌症相關保險管理	鼓勵保險業者設計可協助民眾建立健康生活及定期健檢等具鼓勵機制之健康管理保險商品

資料來源：國健署，本中心彙製。

(二)設置中央癌症防治會報、癌症防治政策委員會，俾橫向及垂直整合並統籌協調推動癌症防治工作

行政院業依癌症防治法第 6 條規定設置中央癌症防治會報，並依「中央癌症防治會報設置要點」第 3 點及第 5 點規定，由行政院院長擔任召集人，衛福部部長擔任執行長，並由國健署負責幕僚作業；另業依癌症防治法第 7 條及第 8 條規定，由衛福部設置癌症防治政策委員會，由衛福部部長擔任召集人，並由國家衛生研究院、國家科學及技術委員會、醫學院校、專家學者等代表擔任委員。

三、近年國家癌症防治計畫預算編列及執行情形

(一)113 年度以前國家癌症防治計畫主要編列於基金預算，惟 114 年度公務預算大幅增編，整體經費較 113 年度法定預算成長逾 1 倍

第四期及第五期國家癌症防治計畫執行期間分別為 108 至 112 年度及 113 至 119 年度，關於上開計畫預算編列，其中 108 至 110 年度公務預算編列數甚少(介於 350 萬 2 千元至 494 萬 5 千元之間)，大部分經費編列於基金預算(介於 36.21 億元至 39.43 億元之間)，111 至 113 年度均編列基金預算、未編列公

務預算，惟 114 年度公務預算案增為 40 億元、基金預算案 45.73 億元(較 113 年度基金法定預算數增加 4.02 億元)，合計 85.73 億元，較 113 年度合計法定預算數 41.71 億元成長逾 1 倍(詳表 2-3-1)。

表 2-3-1 108 至 114 年度國家癌症防治計畫預算編列及執行情形概況表

單位：新臺幣千元

項目	年度	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年
預算編列合計 (a+b)		3,946,248	3,656,138	3,625,683	3,827,972	3,809,153	4,171,042	8,573,038
公務預算(a)		3,502	4,883	4,945	-	-	-	4,000,000
基金預算(b)		3,942,746	3,651,255	3,620,738	3,827,972	3,809,153	4,171,042	4,573,038
執行金額合計 (a+b)		3,638,734	3,180,833	2,827,394	3,402,507	3,879,112	4,041,752	-
公務決算(a)		3,842	4,518	4,146	-	-	-	-
基金決算(b)		3,634,892	3,176,315	2,823,248	3,402,507	3,879,112	4,041,752	-

說明：1. 108 至 110 年度公務預算係編列於國健署、114 年度公務預算分別編列於衛福部及國健署；108 至 114 年度基金預算均編列於菸害防制及衛生保健基金。

2. 108 至 113 年度為法定預算數，114 年度為預算案數。

資料來源：國健署。

(二)114 年度國家癌症防治計畫經費以乳癌等 5 項癌症篩檢經費為最大宗，且較 113 年度法定預算數大幅增加

進一步檢視 114 年度預算案國家癌症防治經費項目，不論是公務預算或基金預算，均以癌症篩檢經費為最大宗，且較 113 年度法定預算數大幅增加(詳表 2-3-2)，其中子宮頸癌、乳癌及大腸癌分別由 9.8 億元、11.21 億元、3.65 億元，各增為 24.11 億元、22.88 億元、9.73 億元，均成長逾 1 倍，主要係 114 年擴大辦理癌症篩檢服務，包括新增或擴大癌症篩檢服務對象及提高篩檢補助費用等，如：國健署從 113 年 8 月起試辦胃幽門桿菌篩檢計畫，45 至 74 歲民眾可終生接受 1 次糞便抗原檢驗。

表 2-3-2 113 及 114 年度癌症篩檢經費項目及基金別一覽表 單位：新臺幣億元

年度	項目 基金別	子宮 頸癌	乳癌	大腸癌	口腔癌	肺癌	胃癌 (試辦)	合計
114	公務	14.69	11.16	5.15	1.75	0.58	-	33.33

年度	項目 基金別	子宮 頸癌	乳癌	大腸癌	口腔癌	肺癌	胃癌 (試辦)	合計
預算案 (A)	基金	9.42	11.72	4.58	—	4.00	0.05	29.77
	合計	24.11	22.88	9.73	1.75	4.58	0.05	63.10
113 法 定預算 (B)	基金	9.80	11.21	3.65	1.05	2.95	0.03	28.69
增減數 (A-B)	—	14.31	11.67	6.08	0.70	1.63	0.02	34.41

說明：113 年度癌症篩檢法定預算數 28.69 億元全數來自菸害防制及衛生保健基金。
資料來源：整理自國健署提供資料、114 年度菸害防制及衛生保健基金預算案書。

參、問題探討

一、各期國家癌症防治計畫部分指標未能達成預期目標，或計畫目標值未能持續追蹤致缺乏挑戰性等情事，允宜積極檢討，以強化計畫成效評估與追蹤

為評估第一至三期國家癌症防治計畫成效，國健署前於 107 年 6 月至 108 年 6 月委外辦理國家癌症防治成效評估研究計畫，藉由蒐集、彙整與分析各期國家癌症防治計畫所訂各項指標數據，檢視各指標達成情形與歷年時間序列變化趨勢，並與先進國家比較我國癌症防治成效，以供後續國家癌症防治政策規劃參考。經查：

(一)第一至三期國家癌症防治計畫以擴大提供癌症篩檢服務、強調新興致癌因子防制為主，惟部分預期目標與實際情形有所落差，甚有無法蒐集取得相關數據情事，難以客觀評估計畫成效

我國於 94 至 98 年推動「國家癌症防治五年計畫」，係參照美國 1937 年開始訂定「國家癌症法案」，1972 年投入大量研究資源，至 1990 年始見癌症發生率和死亡率下降之經驗，爰以 10 年內癌症標準化死亡率上升幅度達零成長為長期目標，並以提升民眾防癌能力、重要癌症篩檢目標涵蓋率及提供民眾適切癌症診療服務為重要計畫目標。而 99 至 102 年、103 至 107 年亦

持續推動第二、第三期國家癌症防治計畫。

經檢視前揭委外辦理國家癌症防治成效評估研究計畫所列之第一至三期國家癌症防治計畫指標達成情形，尚有部分指標與預期目標有相當落差，如：第一期「癌症死亡病人曾接受安寧緩和醫療服務比率」與目標值差距達 2 個百分點；第二期「50 至 69 歲民眾 2 年內曾接受結直腸癌篩檢率、終身篩檢率」與目標值差距超過 10 個百分點，「6 年內將癌症標準化死亡率下降幅度達 10%」差距逾 3 個百分點；而第三期之「乳癌篩檢率最高與最低之縣市差距下降」、「大腸癌篩檢率最高與最低之縣市差距下降」及「每人每年酒精消費量下降」等 3 項指標，亦未能達成目標且未取得 102 或 103 年度以後之數據。

此外，第一及第三期有若干指標自始未能蒐集取得相關數據，如：第一期之「肥胖人口比下降」及「提高癌症病人醫療照護滿意度」；第三期之「過去一星期平均每天攝取蔬果比率提升」、「強化未篩檢及高危險群民眾之篩檢，預期發現四癌癌前病變和癌症數增加」及「安寧療護：癌症病人死前醫前接受安寧療護服務的涵蓋率」等，恐不利防治計畫成效客觀評估(詳表 3-1-1)。

表 3-1-1 第一至三期國家癌症防治計畫未達成預期目標或無法蒐集取得相關數據情形表

預期目標	未達成預期目標或 無法蒐集取得相關數據情形
第一期：「肥胖人口比下降」、「提高癌症病人醫療照護滿意度」	未能取得相關數據。
第一期：「癌症死亡病人曾接受安寧緩和醫療服務比率由 2003 年之 13.4% 提升至 50%」	截至 98 年，接受服務的比率僅為 39%，截至 100 年，接受服務比率僅為 48%，未達成目標。
第二期：「45-69 歲婦女終身乳癌篩檢率提升至 55%」	截至 102 年，終身乳癌篩檢率 50.9%，未達成目標。

預期目標	未達成預期目標或 無法蒐集取得相關數據情形
第二期：「50至69歲民眾2年內曾接受結直腸癌篩檢率提升至50%，終身篩檢率提升至70%」	截至102年，50至69歲民眾2年內曾接受結直腸癌篩檢率38%，終身篩檢率52.7%，皆未達成目標。
第二期：「6年內將癌症標準化死亡率下降幅度達10%」	102年，全癌症標準化死亡率下降3.4%，至106年，全癌症標準化死亡率下降6.87%，未達成目標。
第三期：「吸菸率由101年18.7%下降至107年12%，109年10%及114年8%」	18歲人口吸菸率從101年之19%下降至107年之13%，接近目標值(12%)。
第三期：「每人每年酒精消費量由99年3公升/人/年下降至107年2.95公升/人/年，109年2.93公升/人/年及114年2.7公升/人/年」	每人每年酒精消費量99年3公升/人/年，至101年仍維持在3公升/人/年，未能取得102年以後之數據。
第三期：「過去一星期平均每天攝取蔬果比率由99年37.5%提升至107年45.5%，109年之47.5%及114年52.5%」	未能取得相關數據。
第三期：「強化未篩檢及高危險群民眾之篩檢，預期發現四癌癌前病變和癌症數由101年4.6萬名增加至107年9.2萬名」	未能取得相關數據。
第三期：「安寧療護：癌症病人死前醫前接受安寧療護服務的涵蓋率，也由100年47.5%提升至107年的60%」	未能取得相關數據。
第三期：「乳癌篩檢率最高與最低之縣市差距由101年20個百分點降至107年之15個百分點」	100年乳癌篩檢率以嘉義市48.32%為最高，以新竹縣7.58%為最低，相差40.74個百分點；103年乳癌篩檢率以嘉義市43.15%最高，澎湖縣4.7%為最低，相差38.45個百分點，103年以後之數據未能取得。
第三期：「大腸癌篩檢率最高與最低之縣市差距由101年20個百分點降至107年之15個百分點」	100年大腸癌篩檢率嘉義縣25.16%最高，臺北市9.56%為最低，相差15.6個百分點；103年大腸癌篩檢率連江縣47.25%最高，臺北市10.91%為最低，相差36.34個百分點，103年以後之數據未能取得。

說明：第一期計畫為94至98年、第二期計畫自99至102年、第三期計畫為103至107年。

資料來源：整理自國家癌症防治成效評估研究計畫期末報告，頁18至21。

(二)第四期國家癌症防治計畫有多項指標未達目標值，或有未蒐集相關數據而未評估成效，允宜積極檢討，俾有效掌握未能達標原因

考量前三期癌症防治計畫推動以來，癌症仍為國人死因第 1 位，且國人健康行為不易養成、民眾對於癌症篩檢之參與率及陽性追蹤率仍有待提升、癌症篩檢品質仍需持續監控及精進等因素，第四期癌症篩檢茲就上述因素設定多項目標，惟實際執行存有與目標值有所落差、下修目標值，甚或有未達統計週期而無法評估之情形(詳表 3-1-2)。如：「提升對於癌症預防及健康識能之能力」項下，18 歲以上成人每日蔬菜攝取量達 3 份和水果達 2 份盛行率，目標值為蔬菜 18%、水果 17.5%，實際達成情形為蔬菜 17%、水果 12%；而吸菸率、過重及肥胖率、每人每年純酒精消費量則均因非統計週期，而無法取得 112 年之數據；另乳癌、大腸癌曾篩率⁷及癌症病人生前 1 年安寧療護涵蓋率目標值設定為 70%，惟實際值尚有 1.5 個百分點至 8.7 個百分點不等之落差。允宜深入檢討追蹤，俾有效掌握未能達標原因，積極改善。

表 3-1-2 第四期國家癌症防治計畫預期目標達成情形表

預期達成目標(至 112 年)	目標達成情形(如未達成請簡述其原因)
<p>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：</p> <p>(1) 吸菸率下降至 13.0%以下。</p> <p>(2) 過重及肥胖率維持 47.1%以下。</p> <p>(3) 嚼檳榔率下降至 4.5%。</p> <p>(4) 每日蔬菜攝取量達 3 份和水果達 2 份盛行率，蔬菜 18%、水果 17.5%</p> <p>(5) 每人每年純酒精消費量維持 2.9 公升/人/年以下</p>	<p>(1) 吸菸率 111 年度為 14.0%、113 年度為 12.8% (本指標每 2 年統計 1 次，112 年度未達統計周期)。</p> <p>(2) 過重及肥胖率 106 至 109 年 50.3% (本指標每 4 年統計 1 次，預計 114 年統計 110 年至 113 年資料)。</p> <p>(3) 嚼檳榔率 111 年度為 2.4%(本指標每 2 年統計 1 次，112 年度未達統計周期，下次統計周期為 113 年度，調查中)。</p> <p>(4) 每日蔬菜攝取量達 3 份和水果達 2 份盛行率，蔬菜 17%、水果 12%。依 112 年健康行為危險因子監測調查 (Behavior Risk Factor Surveillance, BRFSS)，主因為「沒想</p>

⁷ 癌症曾篩率是指過去一年或特定期間內曾接受過癌症篩檢之個案數，占總人口或特定族群比率，通常用於衡量癌症篩檢普及度與成效。

預期達成目標(至 112 年)	目標達成情形(如未達成請簡述其原因)
	<p>過要這樣吃」、「處理準備麻煩」，故攝取量不足。將持續宣導推廣均衡飲食。</p> <p>(5) 每人每年純酒精消費量 111 年 4.43 公升/人/年(本指標每 4 年統計 1 次，預計 116 年統計 112 年至 115 年資料)。</p>
<p>2. 提升癌症篩檢涵蓋率</p> <p>(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</p> <p>I. 至少有 90 家癌症診療醫院對 10 種癌症(肝癌、肺癌、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。</p>	<p>(1) 乳癌曾篩率 68.2%，因 COVID-19 疫情，各項癌症篩檢之數量成長情形略減；惟曾篩率 112 年較 107 年已提升約七成。 (2) 大腸癌曾篩率 68.5%，因 COVID-19 疫情，各項癌症篩檢之數量成長情形略減；惟曾篩率於 112 年較 107 年已提升約六成八。 (3) 發展個人化癌症精準預防醫學</p> <p>I. 有 97 家癌症診療醫院對 10 種癌症(肝癌、肺癌、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. 接受四癌篩檢者發現癌前病變及癌症比率 1.3%。</p>
<p>3. 提供高品質的治療</p> <p>(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%。</p>	<p>(1) 全癌症五年相對存活率(106-110 年) 62.1%。 (2) 安寧療護：癌症病人死前一年接受安寧療護服務涵蓋率 61.3%(112 年)，安寧療護利用率已由 105 年 58.7% 提升至 110 年 62.3%，癌症病人死亡前使用安寧療護人數逐年成長，惟 111 年略為下降為 61.3%，可能係因 111 年 COVID-19 疫情升溫，各醫院配合中央流行疫情指揮中心要求保留特定比率病床做為專責病床，間接影響安寧推動。</p>
<p>4. 建置完善的癌症防治體制</p> <p>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。</p>	<p>97 家不同層級醫院策略聯盟，建立癌症分級醫療政策及雙向轉診作業，強化與衛生所轉介合作機制，共同推動社區篩檢，以落實篩檢陽性個案確診及後續追蹤管理。</p>
<p>5. 應用數據與新科技提升防治成效</p> <p>(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、篩檢、健保等資料庫發表論文，至少 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。</p>	<p>(1) 發展 7 種癌別運用人工智慧建置協助癌症篩檢判讀之輔助工具。 (2) 運用癌症登記、癌症篩檢、健保等資料庫發表論文，並有 97 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。</p>

資料來源：整理自國健署提供資料。

(三)第四期國家癌症防治計畫尚未辦理整合性成效檢討報告，允

宜評估歸納整理各項目標實施成果，俾為第五期計畫持續精進參考，避免目標值未能持續追蹤致缺乏挑戰性等情事

國健署於第四期癌症防治計畫開始前，於 107 年 6 月委託辦理國家癌症防治成效評估研究計畫，藉由過去三期國家癌症防治成效量化數據評估，輔以國內外癌症政策與成果比較，得以了解先前我國國家癌症防治政策之優點與不足，並精進、豐富計畫內容架構，以做為第四期計畫優化之參考。

隨著第四期計畫於 112 年底結束，第五期計畫奠基於前四期計畫建置之癌症防治體系，訂定計畫目標及策略，第五期計畫期間將至 119 年底，期間橫跨 7 個年度，然依國健署提供之資料顯示，113 及 114 年度均未就第四期計畫辦理全面性或整合性之成效評估，108 至 112 年度僅辦理部分相關癌症防治研究(詳表 3-1-3)，難以有效追蹤掌握第四期計畫整體實施成果，不易正確評估第五期計畫目標設立之合理性。如：第四期計畫 18 歲以上國人嚼檳榔率目標為下降至 4.5%，依國健署提供之資料顯示 111 年度該比率實際值已下降至 2.4%(表 3-1-2)，惟第五期依然將目標值設定為短期(114 年)低於 4.5%、中期(116 年)低於 4.3%、長期(119 年)低於 4.3%⁸。允宜比照第一至三期計畫辦理或歸納整理第四期計畫各項目標實施成果，俾為第五期計畫持續精進之參考。

表 3-1-3 108 至 114 年度國健署針對第四期國家癌症防治計畫辦理相關成效評估情形表

年度	辦理情形
108	108 年起委託辦理「運用設計思維改善嚼檳者利用口腔黏膜篩檢及醫院戒檳衛教服務」、「四癌篩檢經濟效益評估」、「實施癌症診療品質精進計畫暨認證成效評估探討」等科技計畫。

⁸第五期國家癌症防治計畫書，頁 29。

年度	辦理情形
109	109 年總共補助 18 件癌症研究計畫，發表期刊論文 138 篇、博碩士培育 103 人、辦理學術活動 30 場、分子檢測技術服務 9,836 件、促成與學界或產業團體合作研究 10 件、專利 9 件、教材 3 冊及 1 項治療指引草案。
110	110 年完成 4 年期的第三期癌症研究計畫，110 年補助 13 家機構，共 18 件癌症研究計畫。
111	「跨機構合作的癌症轉譯研究計畫」共補助由 10 家研究機構之 19 件研究計畫，參與研究合作機構共 47 家。
112	
113	無
114	無

說明：108 至 112 年度為第四期癌症防治計畫期間、113 至 119 年度為第五期癌症防治計畫期間。

資料來源：整理自國健署提供資料。

二、114 年起癌症篩檢將新增或擴大篩檢服務對象，惟部分癌症篩檢率仍有城鄉落差且趨劣化，離島地區尤明顯偏低，另陽性個案追蹤率及整體癌症過早死亡機率亦有待改善之處

依據國健署推動癌症篩檢新聞稿⁹之說明，如定期接受口腔黏膜檢查，對有嚼檳榔或吸菸習慣之男性，可降低 26% 口腔癌死亡風險；民眾每 2 年 1 次糞便潛血檢查可降低 35% 大腸癌死亡率，而肺部之低劑量電腦斷層掃描(LDCT)檢查亦能降低重度吸菸者 20% 死亡率；至每 3 年 1 次子宮頸抹片檢查，可降低約 70% 子宮頸癌死亡率；而每 2 年 1 次乳房 X 光攝影檢查，則能降低 41% 乳癌死亡率，並可減少 30% 晚期乳癌發生率。是以，為有效降低國人癌症發生率與死亡率，國健署持續擴大辦理上述癌症篩檢。經查：

(一)我國於 84 年首度辦理子宮頸抹片檢查服務，之後陸續辦理口腔癌、乳癌、大腸癌及肺癌篩檢，114 年起擴大該 5 種癌症篩檢項目之年齡、篩檢內容及補助金額

⁹國健署新聞稿，112 年 5 月 8 日，
<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=4705&pid=16974> (最後瀏覽日：114 年 6 月 24 日)。

我國於 84 年起補助 30 歲以上女性每年 1 次子宮頸抹片檢查服務，88 年起針對 18 歲以上有嚼檳榔及吸菸者提供口腔癌篩檢服務，93 年 7 月開始大規模提供 50 至 69 歲婦女乳房 X 光攝影檢查¹⁰，93 年則針對大腸癌發生率較高之 50 歲以上民眾，提供定量免疫法糞便潛血檢查。

隨著政府持續加強推動重要癌症篩檢工作，99 年起全面推動子宮頸癌、乳癌、大腸癌及口腔癌等四癌篩檢，並於 111 年 7 月起另將肺癌篩檢納入，補助肺癌高風險族群每 2 年 1 次 LDCT 檢查。另為落實 2030 年達到癌症標準化死亡率減少三分之一之目標，挹注經費於「提升重要癌症篩檢」，114 年起擴大國人癌症篩檢年齡層¹¹，亦調整各項癌症之篩檢內容與補助金額，茲就我國目前提供公費篩檢癌症項目與擴大篩檢內容整理如表 3-2-1 及 3-2-2。

表 3-2-1 114 年起政府提供癌症公費篩檢項目表 單位：新臺幣元

癌別	補助對象	檢查項目	每案補助費用
口腔癌	30 歲以上有嚼檳榔或吸菸者或 18 歲以上有嚼檳榔原住民(均含已戒)	每 2 年 1 次口腔黏膜檢查	250
肺癌	<ul style="list-style-type: none"> ● 肺癌家族史¹²- 45 至 74 歲男性或 40 至 74 歲女性 ● 重度吸菸史- 50 至 74 歲吸菸史達 20 包-年以上 	每 2 年 1 次 LDCT 檢查	4,000
乳癌	40 至 74 歲之婦女	每 2 年 1 次乳房 X 光檢查	1,245

¹⁰ 我國係於 83 年起試辦選擇性乳癌篩檢計畫，邀請家族有 1 人得乳癌之 35 歲以上二等親女性親屬(包括母親、女兒、姊妹、祖母)至醫院接受乳癌篩檢。

¹¹ 包括：1. 肺癌篩檢具家族史者年齡下修 5 歲及吸菸史 ≥ 20 包-年以上(係衡量個人吸菸情形之量詞，如個人在過去 20 年中每天吸一包，或在過去 10 年中每天吸二包，則均為 20 包-年)、2. 大腸癌篩檢擴大 45 至 49 歲民眾及 40 至 44 歲具家族史者、3. 乳癌篩檢年齡延伸 40 至 44 歲及 70 至 74 歲女性、4. 子宮頸癌篩檢年齡增列 25 至 29 歲女性、5. 新增 35 歲、45 歲及 65 歲女性 HPV 檢測服務。

¹² 具某項癌症家族史指其父母、子女或兄弟姊妹經診斷為該項癌症之民眾。

癌別	補助對象	檢查項目	每案補助費用
大腸癌	<ul style="list-style-type: none"> ● 45 至 74 歲民眾 ● 40 至 44 歲有大腸癌家族史之民眾 	每 2 年 1 次糞便潛血檢查	400
子宮頸癌	25 至 29 歲女性	每 3 年 1 次子宮頸抹片檢查	630
	30 歲以上婦女	每年 1 次子宮頸抹片檢查	630
	35 歲、45 歲、65 歲婦女	當年齡 1 次人類乳突病毒檢測服務	1,400

說明：國健署擬於 114 年第 2 季試辦公費無痛大腸鏡篩檢，對象為 40 至 49 歲且一等親患有大腸癌者。

資料來源：整理自國健署提供資料。

表 3-2-2 114 年起癌症公費篩檢擴大篩檢對象與服務內容情形表

單位：新臺幣元

項目 癌別	擴大篩檢服務 對象及年齡	調整篩檢費用	新增篩檢工具及服務
口腔癌	—	130 元→250 元/案	—
肺癌	<ul style="list-style-type: none"> ● 家族史(父母、子女、兄弟姊妹)男女篩檢年齡皆下調 5 歲 ● 重度吸菸者認定(≥30 包-年→20 包-年吸菸史) 	—	—
乳癌	原 45 至 69 歲及 40 歲以上有家族病史婦女→40 至 74 歲之婦女	—	—
大腸癌	原 ≥50 歲→45 歲/40 至 44 歲有大腸癌家族史之民眾	200 元→400 元/案	
子宮頸癌	原 ≥30 歲→≥25 歲之女性	430 元→630 元/案	新增 35 歲、45 歲、65 歲婦女當年齡 1 次人類乳突病毒檢測服務，每案 1,400 元
其他	國健署擬於 114 年第 2 季試辦公費無痛大腸鏡篩檢，對象為 40 至 49 歲且一等親患有大腸癌者。		

資料來源：國健署提供。

(二)癌症篩檢率仍有相當城鄉差距且趨劣化，尤以離島地區明顯偏低，宜與地方政府檢討精進作法，強化偏鄉地區癌症篩檢資源，俾充分發揮政策效益

第三期國家癌症防治計畫曾設定目標將乳癌及大腸癌篩檢率最高與最低市縣差距由 101 年 20% 降至 107 年 15%，惟該等目標後續未再追蹤評估(詳表 3-1-1)。依國健署提供資料，癌症篩檢率之城鄉差距仍未見改善，大腸癌篩檢率最高與最低市縣差距 111 年度為 24.5 個百分點，112 及 113 年度擴大至逾 26 個百分點；同期間乳癌及子宮頸癌亦有類似情形，差距各由 111 年度 23.7 及 33 個百分點擴大至 113 年度之 27.3 及 36.2 個百分點(詳表 3-2-3)。

進一步觀察各市縣個別情形，其中離島金門、連江及澎湖縣多有若干癌症篩檢率未達 25% 情形，而花蓮及臺東等地區亦與全國整體篩檢率有相當落差，允宜檢討強化該等地區癌症篩檢資源，以提升癌症防治成效。

表 3-2-3 各市縣大腸癌、乳癌與子宮頸癌篩檢率情形 單位：%；百分點

癌別/年度 市縣別	大腸癌			乳癌			子宮頸癌		
	111	112	113	111	112	113	111	112	113
臺北市	28.5	33.0	32.6	32.2	41.0	42.1	49.6	50.8	52.0
新北市	30.7	32.4	31.2	39.9	46.5	45.6	52.2	53.9	55.3
桃園市	26.0	30.3	30.0	32.4	40.2	40.7	47.1	48.5	50.3
臺中市	30.8	31.8	31.1	32.2	36.1	37.6	52.5	53.0	53.6
臺南市	36.4	35.8	34.9	40.6	43.6	42.3	55.2	55.7	56.8
高雄市	32.4	32.5	31.1	33.1	36.4	36.1	50.1	50.3	50.6
新竹縣	28.0	30.7	30.6	32.5	38.8	41.1	51.8	53.4	55.5
苗栗縣	28.1	29.3	28.7	32.4	35.6	35.3	50.6	50.1	50.6
彰化縣	34.3	37.2	37.3	32.4	38.1	40.5	51.5	53.2	55.3
南投縣	29.4	30.6	31.0	33.1	36.6	37.5	48.7	46.7	47.1
雲林縣	28.8	29.0	14.6	21.6	26.9	30.4	49.2	45.4	47.2
嘉義縣	28.4	33.0	33.1	35.4	35.4	39.3	52.1	45.9	48.1
屏東縣	31.1	29.0	29.0	27.2	29.6	31.0	46.2	45.1	45.1
基隆市	29.6	34.3	35.3	37.0	42.0	41.9	44.6	52.9	54.6
新竹市	38.7	30.7	28.9	33.2	40.8	43.7	46.3	49.0	50.4
嘉義市	34.4	41.5	40.9	35.4	42.8	43.5	50.4	51.5	52.0

癌別/年度 市縣別	大腸癌			乳癌			子宮頸癌		
	111	112	113	111	112	113	111	112	113
宜蘭縣	31.5	35.7	34.3	34.5	41.9	42.5	45.4	51.3	52.9
花蓮縣	29.2	28.9	28.9	21.8	25.3	23.9	45.6	45.0	45.2
臺東縣	27.1	29.1	30.0	24.3	31.7	34.7	42.6	43.4	45.4
澎湖縣	18.4	19.4	19.4	32.8	34.0	31.3	34.8	34.8	34.5
金門縣	14.2	14.8	16.2	16.9	17.3	18.3	22.2	21.2	20.6
連江縣	30.8	34.9	19.2	25.3	29.5	29.0	30.3	32.3	33.4
全國	30.6	32.3	31.7	33.8	39.3	39.8	50.1	51.0	52.0
最高與最低 市縣差距 (百分點)	24.5	26.7	26.3	23.7	29.2	27.3	33.0	34.5	36.2

說明：受限預算，目前篩檢計畫尚無法涵蓋目標族群所有人數。口腔癌篩檢係針對有嚼檳榔(含已戒檳榔)或吸菸行為民眾提供服務，無固定母群體，爰無篩檢率資料。肺癌篩檢目前係針對高風險族群(具肺癌家族史者及重度吸菸者)提供篩檢服務，惟該高風險族群國健署並無從取得實際母數，爰無法計算肺癌篩檢率。

資料來源：整理自國健署提供資料。

(三)近年大腸癌及口腔癌陽性個案追蹤率均未達癌症防治計畫設定目標，且 113 年度口腔癌陽性個案追蹤率大幅降低，又癌症過早死亡機率與目標值尚有差距，允宜檢討強化

癌症防治法第 11 條規定略以，為建立癌症防治相關資料庫，癌症防治醫療機構需向中央主管機關委託之學術研究機構提報相關資料，包括新發生癌症個案、篩檢陽性個案後續確診及治療資料等；鑒於癌症篩檢陽性個案尚須進一步診斷與治療方能提升篩檢效益，爰第四期國家癌症防治計畫將癌症篩檢陽性個案追蹤率(下稱陽追率)目標值設為 85%¹³。然經整理國健署提供乳癌等 5 項癌症篩檢陽追率資料顯示，109 至 113 年度大腸癌及口腔癌陽追率均未達 85%(詳表 3-2-4)，且口腔癌 113 年度陽追率 77.4%，反較 112 年度下降逾 4 個百分點，允宜檢討大腸

¹³詳第四期國家癌症防治計畫書，頁 107，惟第五期國家癌症防治計畫未就癌症篩檢陽追率設定目標值。

癌及口腔癌篩檢陽追率持續偏低及 113 年度口腔癌陽追率大幅降低原因，並積極研謀改善。

表 3-2-4 109 至 113 年度 5 項癌症篩檢陽性個案追蹤率情形表單位：%

項目年度	乳癌陽性 個案追蹤率	子宮頸癌陽性 個案追蹤率	大腸癌陽性 個案追蹤率	口腔癌陽性 個案追蹤率	肺癌陽性 個案追蹤率
109 年	92.9	92.6	76.9	81.1	n. a.
110 年	90.2	89.6	70.6	77.2	n. a.
111 年	90.6	90.5	72.9	80.3	85.6
112 年	92.6	94.5	79.6	81.5	86.4
113 年	93.6	92.8	80.5	77.4	88.1

說明：肺癌篩檢於 111 年 7 月開辦。

資料來源：整理自國健署提供資料。

此外，30 至 70 歲年齡層如罹患癌症，因正值中壯年時期，如過早死亡，均對家庭、社會及國家造成傷害；鑒於降低癌症過早死亡機率係 WHO 多年來致力推動目標，第四及第五期國家癌症防治計畫均設有中長程目標值，國健署亦將國人癌症過早死亡機率維持或低於 7.0% 列入其施政重點年度關鍵指標¹⁴。惟查第四期國家癌症防治計畫將 107 至 109 年度之目標值設定為 6.91%、6.77% 及 6.64% (詳表 3-2-5)，惟實際值均較目標值為高，109 年度差距甚至逾 0.5 個百分點。經國健署 110 年 11 月滾動式修正列管指標，110 至 112 年度分別為 7.12%、7.09% 及 7.06%，惟 112 年度實際值 7.13% 仍逾目標值且較 111 年度增加，亦超逾國健署年度施政目標 7.0%；據國健署表示未來將就影響癌症過早死亡重要因素持續努力，包括加強致癌因子預防及癌症防治宣導、持續提供具實證之癌症篩檢服務，並提升癌症診療及存活者照護。

¹⁴ 參閱國健署網站，網址：

(<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=21>)，最後查閱日：114 年 6 月 26 日。

表 3-2-5 我國 30 至 70 歲癌症過早死亡機率目標值與實際值情形表

單位：%

指標	99 年 (基準)	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年
國人癌症過早死亡機率(目標值)	—	6.91	6.77	6.64	7.12*	7.09*	7.06*
國人癌症過早死亡機率(實際值)	7.97	7.39	7.39	7.15	7.13	7.07	7.13

說明：“*”係 110 年 11 月經國健署滾動修正列管指標，後續年度經行政院國家永續發展委員會「核心目標 03 健康福祉工作分組」第六次會議決議通過，調整指標「3.4.1 30 至 70 歲人口癌症死亡率」之目標值。調整後之目標值分別為 114 年 7%；116 年：6.94%；119 年：6.85%。113 年度實際數據尚未取得。
資料來源：第四期國家癌症防治計畫書(頁 65)、整理自國健署提供資料。

三、乳癌篩檢率較先進國家尚有努力空間，且近年標準化死亡率有增加趨勢，而大腸癌、子宮頸癌發生率有年輕化傾向，允宜積極研擬因應對策

依據我國「111 年癌症登記報告」¹⁵及 113 年 10 大死因統計¹⁶資料顯示，乳癌為我國 111 年度女性癌症發生率¹⁷最高且為 113 年度死亡率次高之癌症，而大腸癌為 111 年度男性發生率最高(女性位列第 3)，113 年度死亡率男女皆位列第 3 之癌症，爰近年政府持續積極強化相關篩檢工作。經查：

(一)乳癌自 92 年起均位列女性癌症發生率首位，而近年乳癌篩檢經費雖呈概增趨勢，惟篩檢率尚未回升至疫情前水準且相較主要國家偏低，標準化死亡率及曾篩率尚有改善空間，宜持續強化宣導乳癌預防與治療重要性，維護婦女健康

¹⁵ 參閱國健署統計專區網站之歷年癌症登記報告資料，網址：
(<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=269>)，「111 年癌症登記報告」資料最近發布日期為 113 年 12 月 19 日。

¹⁶ 參閱衛福部發布之 113 年國人死因統計結果，網址：
(<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-82775-1.html>)，最近發布日期為 114 年 6 月 16 日。

¹⁷ 洽據國健署表示，各類癌症目前最新發生率統計資料為 111 年度，112 年度資料預計於 114 年底發布。

受西方國家實證醫學影響，我國於 83 年起即開始進行一系列乳癌篩檢計畫；惟女性乳癌發生率 92 至 111 年連續 20 年均位列女性癌症發生率首位(詳表 3-3-1)，爰政府持續調整乳癌篩檢政策內容(詳表 3-3-2)，其中自 114 年起將篩檢年齡下修至 40 歲，上修至 74 歲，可接受 2 年 1 次免費乳房 X 光攝影篩檢。

表 3-3-1 90 至 111 年乳癌發生率變化情形表 單位：人、每 10 萬女性人口

年度	90 年	91 年	92 年	93 年	94 年	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年
個案數	5,067	5,339	5,325	6,176	6,594	6,895	7,502	8,136	8,926	9,655	10,056
年齡標準化發生率	41.91	43.27	42.01	47.29	49.19	49.99	53.09	56.07	59.91	63.16	64.28
年度	101 年	102 年	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年
個案數	10,525	11,281	11,769	12,360	12,672	13,965	14,217	14,856	15,259	15,448	17,366
年齡標準化發生率	65.93	69.07	70.74	72.99	72.99	78.88	78.86	80.99	82.10	82.51	91.97

說明：1. 年齡標準化發生率係使用 2000 年世界標準人口為基準；尚無 112 年度資料。
2. 91 年度女性子宮頸癌個案數(5,725 人)、每 10 萬女性人口標準化發生率(46.22 人)尚高於乳癌，自 92 年度起，女性乳癌發生率已連續 20 年位列女性癌症首位。

資料來源：行政院重要性別統計資料庫之十大癌症發生率(網址：https://www.gender.gov.tw/gecdb/Stat_Statistics_DetailData.aspx?sn=nLF9GdMD%2B%2Bv41SsobdVgKw%3D%3D，最近發布日期：114 年 2 月 6 日)。

表 3-3-2 我國乳癌篩檢沿革概況表

期別(期間)	篩檢方式及對象	篩檢方法	篩檢場所
第一期 (83 至 87 年)	邀請有家族史之 35 歲以上婦女進行篩檢	乳房觸診+超音波+X 光攝影檢查	在醫院進行
第二期 (88 至 90 年)	大規模篩檢(近 90 萬婦女接受社區到點乳房理學篩檢)	乳房觸診+超音波(僅占約 3.7%)	社區及醫院
第三期 (91 年至 93 年 7 月)	二階段篩檢(問卷先篩出高危險群，再進行乳房 X 光攝影篩檢)	問卷+乳房 X 光攝影檢查	社區及醫院
第四期 (93 年 7 月至 98 年)	大規模篩檢(50 至 69 歲婦女)	乳房 X 光攝影檢查	社區及醫院
第五期 (99 至 113 年)	大規模篩檢(45 至 69 歲及 40 歲以上有家族史婦女)	乳房 X 光攝影檢查	社區及醫院
第六期 (114 年起)	大規模篩檢(40 至 74 歲婦女)	乳房 X 光攝影檢查	社區及醫院

資料來源：國健署、財團法人乳癌防治基金會，本中心整理。

依國健署統計，107 年度乳癌篩檢率為 40.7%(詳表 3-3-3)，其中 65 至 69 歲婦女篩檢率達 47.5%為最高，45 至 54 歲婦女較低，僅略高於 38%；109 至 111 年度受 COVID-19 疫情影響各年齡層均在 39%以下，以 65 至 69 歲族群下降幅度最多，111 年度僅 31.7%；112 及 113 年度多未回升至 108 年度疫情前水準，僅 45 至 54 歲較疫情前高。如與歐洲國家 2022 年數據相較，我國同年度乳癌篩檢率 33.9%低於芬蘭、瑞典、波蘭等 20 個國家(包括義大利、德國及法國等主要國家，詳表 3-3-4)。復依據美國國家衛生研究院(National Health Institute, NIH) 統計，2023 年美國婦女乳癌篩檢率達 79.82%¹⁸，明顯高於我國¹⁹。

表 3-3-3 107 至 113 年度乳癌篩檢率一覽表 單位：%

年度	45 至 49 歲	50 至 54 歲	55 至 59 歲	60 至 64 歲	65 至 69 歲	總計
107	38.2	38.1	40.8	41.3	47.5	40.7
108	39.2	38.5	40.0	41.4	41.4	40.0
109	37.8	36.9	37.7	39.0	39.0	38.0
110	35.8	31.6	32.0	32.5	32.4	32.9
111	38.7	33.4	32.7	33.0	31.7	33.9
112	45.5	38.8	37.7	38.0	36.4	39.3
113	47.5	39.1	38.1	37.5	36.6	39.8

說明：目前篩檢計畫尚無法涵蓋目標族群所有人數，當年度篩檢率係以當年度及前一年度篩檢人數總和/前一年人口數(人口數以該年 6 月底計算)。

資料來源：整理自國健署提供資料。

表 3-3-4 2022 年歐洲國家乳癌篩檢率一覽表 單位：%

國家	丹麥	芬蘭	瑞典	斯洛維尼亞	挪威	荷蘭
篩檢率	83.0	81.6	81.0	78.3	76.0	70.4

¹⁸ 詳美國 NIH 網站(網址：

https://progressreport.cancer.gov/detection/breast_cancer)，最後瀏覽日：114 年 6 月 9 日。美國乳癌篩檢對象為 50 至 74 歲婦女。

¹⁹ 經洽國健署，某些國家乳癌篩檢率較高，可能係各國篩檢率計算方式不同，如美國，主要透過全國性面對面調查，詢問受訪女性過去兩年內是否接受乳房 X 光攝影，以此追蹤乳癌篩檢情形，調查結果可能因受訪者回憶偏差而有誤差。又此調查方法涵蓋篩檢及因應症狀進行診斷之乳房 X 光攝影，可能高估實際篩檢率。

國家	愛爾蘭	愛沙尼亞	克羅埃西亞	捷克	立陶宛	比利時
篩檢率	70.3	62.6	62.0	60.0	57.6	56.9
國家	冰島	義大利	盧森堡	德國	法國	馬爾他
篩檢率	54.0	53.5	52.4	51.6	48.0	44.0
國家	奧地利	波蘭	拉脫維亞	匈牙利	賽普勒斯	斯洛伐克
篩檢率	41.0	35.4	30.2	29.8	29.3	28.5

說明：1. 挪威及冰島非歐盟成員國。
 2. 丹麥、匈牙利及冰島為 2021 年數據。
 3. 斯洛伐克篩檢對象為 40 至 69 歲、瑞典篩檢對象為 23 至 64 歲、冰島篩檢對象為 40 至 69 歲，其餘國家篩檢對象為 50 至 69 歲。歐盟統計局預計於 2025 年 8 月更新至 2023 年資料。

資料來源：歐盟統計局網站資料(網址：
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_screening_statistics)，最後瀏覽日：114 年 6 月 9 日。

另觀察 108 至 113 年度乳癌篩檢經費狀況，我國乳癌篩檢率雖較疫情前減少，惟篩檢經費 112 及 113 年度均已逾 12 億元，較疫情前 108 年度 11.33 億元增加(詳表 3-3-5)，然標準化死亡率卻未因篩檢經費之增加而有所下降，由 108 年度每 10 萬人口 13.1 人微幅上升至 113 年度之 13.2 人；且乳癌曾篩率 108 至 113 年度均設定目標值為 70%，均未達標，113 年度實際值尚較 112 年度下降 0.2 個百分點。洽據國健署表示：我國乳癌發生率增加原因主要係女性生育減少、經史因子及環境賀爾蒙等暴露危險因子機會增加所致，鑒於篩檢得以提前發現大部分早期個案，允宜廣續強化多元管道宣導，以提升民眾健康識能，並與地方衛生局所、醫療院所加強合作，以推動乳癌防治工作。

表 3-3-5 108 至 113 年度乳癌篩檢經費預計數、預期成效、實際執行及標準化死亡率情形表
 單位：新臺幣億元、萬人、每 10 萬人、%

項目 \ 年度	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年
預計數						
篩檢經費(億元)	10.58	10.86	11.57	11.78	10.98	11.21
篩檢人次(萬人)	85.0	87.2	93.0	94.8	88.2	90.0
曾篩率(%)	70	70	70	70	70	70
實際數						
篩檢經費(億元)	11.33	10.20	8.27	10.98	12.18	12.05
篩檢人次(萬人)	88.0	80.0	67.0	85.7	92.3	91.6

項目 \ 年度	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年
曾篩率(%)	64.6	65.0	65.5	66.1	68.2	68.0
標準化死亡率(每10萬人)	13.1	12.8	13.8	13.1	13.3	13.2

資料來源：整理自國健署提供資料。

(二)我國大腸癌發生率與各國相較屬偏高水準，近年男性 30 至 59 歲族群大腸癌發生率有增加趨勢，又子宮頸癌發生率亦有年輕化傾向，允宜妥謀研擬因應對策

據 WHO 統計，大腸癌為全球各項癌症發生率位居第 4、死亡率位列第 5 之重大癌症之一²⁰，又據世界癌症研究基金會(World Cancer Research Fund, WCRF)網站資料顯示，2022 年全球大腸癌整體發生率約為每 10 萬人口達 18.4 人(詳表 3-3-6)，我國為 41.1 人，高於此數值甚多，亦高於日本、美國等主要國家，與 WCRF 統計居世界第五之克羅埃西亞相當。另觀察 111 年度我國 30 至 59 歲男性大腸癌發生率較 102 年度亦有增加趨勢，由 102 年度屬該年齡層發生率位列第三癌症(詳表 3-3-7)，111 年度已成為位列第二之癌症。

另近年子宮頸癌個案數、發生率雖均下降(詳表 3-3-8)，惟患者年齡有年輕化趨勢，2008 至 2012 年患者平均年齡為 47.04 歲，2018 至 2022 年降至 44.76 歲，同一期間患者年齡中位數則由 45 歲降為 42 歲。大腸癌及子宮頸癌發生率較各國偏高或患者有年輕化趨勢，與國人飲食及生活習慣改變有關，宜加強相關宣導及防治策略，俾及早發現及治療。

²⁰ 參閱 WHO 網站資料，網址：
<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/8-colon-fact-sheet.pdf>，最後瀏覽日：114 年 6 月 2 日。

表 3-3-6 2022 年世界各主要國家大腸癌發生率比較表 單位：每 10 萬人口

世界前五名					
國家	丹麥	挪威	匈牙利	荷蘭	克羅埃西亞
標準化發生率	48.1	45.3	44.2	42.8	41.1
其他主要國家					
國家	日本	法國	英國	美國	德國
標準化發生率	36.6	32.1	30.9	27.0	25.7
全球整體標準化發生率：18.4			我國整體標準化發生率：41.1		

說明：標準化發生率係以 2000 年世界人口為基準。

資料來源：整理自國健署提供資料、WCRF 網站資料，網址：

(<https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/color-ectal-cancer-statistics/#colorectal-cancer-age-standardised-rates>)，最後瀏覽日：114 年 6 月 2 日。

表 3-3-7 102 及 111 年度 30 至 69 歲男性主要癌症發生變化情形表

單位：每 10 萬人口年齡別發生率；占該年齡層所有癌症個案百分比

102 年度				
順位	30 至 39 歲	40 至 49 歲	50 至 59 歲	60 至 69 歲
1	口腔癌 20.71；20.68	口腔癌 92.05；28.15	口腔癌 136.14；19.76	大腸癌 213.88；17.33
2	肝癌 12.32；12.31	肝癌 46.79；14.31	肝癌 117.75；17.09	肝癌 207.48；16.81
3	大腸癌 10.99；10.88	大腸癌 36.27；11.09	大腸癌 102.92；14.94	肺癌 164.81；13.35
4	鼻咽癌 7.72；7.71	食道癌 25.81；7.89	肺癌 71.94；10.44	口腔癌 132.58；10.74
5	甲狀腺癌 6.90；6.89	肺癌 24.49；7.49	食道癌 49.66；7.21	攝護腺癌 118.80；9.63
111 年度				
順位	30 至 39 歲	40 至 49 歲	50 至 59 歲	60 至 69 歲
1	甲狀腺癌 13.11；13.60	口腔癌 65.45；22.72	口腔癌 140.81；19.39	大腸癌 203.77；15.14
2	大腸癌 12.09；12.54	大腸癌 45.01；15.62	大腸癌 111.57；15.36	肺癌 198.10；14.71
3	口腔癌 11.97；12.41	肺癌 27.71；9.62	肺癌 96.40；13.27	攝護腺癌 187.28；13.91
4	鼻咽癌 7.58；7.86	肝癌 26.70；9.27	肝癌 83.93；11.56	肝癌 159.64；11.86
5	睪丸癌 7.28；7.55	甲狀腺癌 19.75；6.85	食道癌 50.48；6.95	口腔癌 156.64；11.63

說明：目前最新癌症發生率統計資料為 111 年度，112 年度資料尚未發布無法提供，預計於 114 年底發布。

資料來源：整理自 102 年度癌症登記報告(105 年 1 月出版)、111 年度癌症登記報告(113 年 12 月出版)。

表 3-3-8 近年子宮頸癌發生變化情形表

單位：人；歲；每 10 萬人口

年度	個案數	平均年齡	年齡中位數	標準化發生率
2008~2012	17,053	47.04	45	23.96
2013~2017	14,868	45.71	43	20.29
2018~2022	14,131	44.76	42	19.84

說明：標準化發生率係以 2000 年世界人口為基準；2019 至 2023 年度分析數據預計於 114 年 12 月提供。

資料來源：整理自國健署癌症登記線上互動查詢系統，網址：

(<https://cris.hpa.gov.tw/Incidence/TrendCancer>)，最後瀏覽日：114 年 6 月 30 日。

四、肺癌死亡率已多年居各癌症之首，且呈概增趨勢，然有相當比率患者非屬吸菸族群，另近年無菸檳酒之口腔癌患者比率亦有增加趨勢，宜秉精準預防及治療原則辦理相關工作，俾維護民眾健康

根據國健署網站引述 WHO 資料顯示²¹，肺癌為全球癌症死因第 1 位，我國亦同；為降低肺癌對國人健康威脅，國健署自 111 年 7 月起，將肺癌篩檢納入我國第五癌篩檢，補助具肺癌家族史或重要吸菸者每 2 年 1 次免費 LDCT 檢查服務。至口腔癌則為 111 年度發生率及 113 年度死亡率位列第 6 位之癌症。經查：

(一)肺癌標準化死亡率自 99 年度起成為國人癌症死亡原因首位，相關醫療費用支出自 107 年度起成為各種癌症之冠

依據衛福部發布之國人死因統計，肺癌之標準化死亡率自 99 年度起超越肝癌，至 113 年度已連續 15 個年度為標準化死亡率最高之癌症。肺癌標準化死亡率近年雖有下降趨勢，惟若以死亡人數及死亡率觀之，死亡人數自 107 年度起已連續 7 個年度增加，死亡率則自 110 年度起連續 4 個年度增加；相較近年位列第 2 之肝癌 113 年度死亡人數及死亡率均較 112 年度降低，國人罹患肺癌死亡轉趨嚴重(詳表 3-4-1)。

²¹ 詳國健署網站有關肺癌早期偵測計畫相關說明(網址：<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=4619>，最後瀏覽日：114 年 5 月 15 日。)

表 3-4-1 98 至 113 年度我國主要癌症死因情形表

單位：人、每 10 萬人

癌別 年度	氣管、支氣管和肺癌			肝和肝內膽管癌			結腸、直腸和肛門癌		
	死亡 人數	死亡率	標準化 死亡率	死亡 人數	死亡率	標準化 死亡率	死亡 人數	死亡率	標準化 死亡率
98	8,026	34.8	26.2	7,830	33.9	26.4	4,743	20.6	15.4
99	8,271	35.7	26.0	7,815	33.8	25.4	4,895	21.2	15.3
100	8,621	37.2	26.3	8,095	34.9	25.5	5,152	22.2	15.6
101	8,667	37.2	25.6	8,190	35.2	24.9	5,372	23.1	15.6
102	8,937	38.3	25.5	8,292	35.5	24.4	5,512	23.6	15.6
103	9,253	39.5	25.6	8,253	35.3	23.5	5,866	25.1	16.0
104	9,319	39.7	24.9	8,333	35.5	23.0	5,954	25.4	15.6
105	9,460	40.2	24.6	8,429	35.8	22.4	5,990	25.5	15.3
106	9,322	39.6	23.3	8,479	36.0	21.8	6,084	25.8	15.0
107	9,476	40.2	23.0	8,297	35.2	20.5	6,096	25.9	14.6
108	9,701	41.1	22.8	7,881	33.4	18.8	6,436	27.3	14.9
109	9,629	40.8	21.8	7,773	33.0	18.0	6,489	27.5	14.6
110	10,040	42.8	22.2	7,970	34.0	17.9	6,657	28.4	14.6
111	10,053	43.1	21.8	7,781	33.4	17.0	6,853	29.4	14.7
112	10,348	44.3	21.6	7,724	33.1	16.4	6,791	29.1	14.2
113	10,495	44.8	21.2	7,513	32.1	15.3	7,007	29.9	14.2

說明：死亡率係直接以當年度因該癌症死亡之人數/當年年中人口數加以計算，未排除年齡組成影響。

資料來源：衛福部統計處死因統計資料(網址：

<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5069-113.html>)，最近發布日期：114 年 6 月 16 日。

另根據衛福部中央健康保險署(下稱健保署)統計，自 107 年度起，肺癌之健保醫療費用支出居我國各種癌症醫療費用支出之冠(詳表 3-4-2)，其中 113 年度藥費及醫療費用支出已增至 132.7 億點及 259 億點；近年肺癌無論是就醫人數及醫療費用支出均急速攀升，如：106 年度肺癌就醫人數近 6 萬人，尚低於醫療費用支出位列第 4 之肝癌(近 6.3 萬人)並遠低於位列第 3 之大腸癌(近 9.9 萬人)，113 年度肺癌就醫人數已將近 10.4 萬人，遠高於肝癌約 7 萬人，並已逐漸接近大腸癌 11.7 萬人；又 106 年度肺癌醫療費用與大腸癌相近(各約將近 128.3 億點、124.7 億點)，然迄 113 年度已大幅升至將近 259 億點，遠高於大腸癌約 170 億點。

如以近 5 個年度(109 至 113 年度)就醫人數及醫療費用變動

情形觀之，肺癌就醫人數從 109 年度之 7.6 萬人增至 113 年度 10.4 萬人、醫療費用由 193.82 億點上升至 258.97 億點，期間平均年成長率各為 8.18%²²、7.51%，遠高於同期間大腸癌之 2.07%、2.55%，以及肝癌之 0.16%、3.00%，恐造成健保沉重之財務負擔。

表 3-4-2 106 至 113 年度主要癌症健保醫療費用支出情形表 單位：人、千點

癌別 年度	氣管、支氣管和肺癌			結腸、直腸和肛門癌			肝和肝內膽管癌		
	就醫 人數	藥費 (千點)	醫療費用 (千點)	就醫 人數	藥費 (千點)	醫療費用 (千點)	就醫 人數	藥費 (千點)	醫療費用 (千點)
106	59,416	5,946,501	12,829,464	98,902	4,748,657	12,468,581	62,788	3,492,884	9,666,421
107	65,960	6,960,226	15,019,723	103,846	5,205,283	13,845,192	67,494	4,034,789	10,952,663
108	71,939	7,611,412	16,403,049	108,050	5,486,657	14,697,659	68,838	4,135,475	11,161,653
109	75,814	9,870,146	19,381,685	108,058	5,735,079	15,392,125	69,857	4,455,833	11,758,315
110	81,044	12,647,776	22,896,137	107,613	5,766,504	15,557,636	69,782	4,606,042	12,098,577
111	87,497	11,663,190	22,494,974	110,579	5,671,228	16,065,391	69,906	4,404,843	11,882,711
112	96,637	12,276,801	24,343,418	114,674	5,691,752	16,809,689	70,364	4,599,522	12,238,364
113	103,815	13,269,595	25,897,008	117,294	5,568,291	17,026,053	70,307	5,495,861	13,235,917

說明：1. 106 年度乳癌醫療費用約 132 億點，尚高於肺癌約 128 億點，又 107 至 113 年度乳癌及口腔癌健保醫療費用支出則分居各類癌症支出之第 2 及第 5 位。

2. 藥費每點 1 元，醫療費用=申請點數+部分負擔。

資料來源：健保署癌症費用排行資料(網址：

https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-6018-9886a-3042-1.html?feature=featurea04&utm_source=facebook&utm_medium=post&utm_campaign=bau&utm_content=article_insurance&utm_term=510108406，最後瀏覽日：114 年 7 月 1 日。)

(二)國內肺癌患者與吸菸相關比率有縮減趨勢，其中中南部市縣肺癌發生率相對較高，惟其吸菸率卻較低，宜積極掌握可能致癌因素，及早阻絕對國人肺部健康之傷害

依據財團法人全民健康基金會²³網站之說明²⁴，肺癌可分為

²² 以 109 至 113 年度肺癌就醫人數平均年成長率為例，期間平均年成長率= $\{[113 \text{ 年度就醫人數}/109 \text{ 年度就醫人數}]^{(1/\text{期間})}-1\} * 100\% = \{[103,815/75,814]^{(1/4)}-1\} * 100\% = 8.18\%$ 。

²³ 該基金會係由臺大醫學院名譽教授許金川等醫界人士於 95 年底成立，並發行「好健康」雜誌，介紹各類疾病及預防保健訊息，並由醫學中心教授審稿。

²⁴ 參閱「好健康」雜誌第 54 期(出版日：109 年 10 月 15 日，網址：<https://www.twhealth.org.tw/journalView.php?cat=54&sid=914&page=1>)，

「小細胞癌」與「非小細胞癌」兩大類，前者與吸菸關係密切，後者則可再分為肺腺癌、鱗狀細胞癌及大細胞癌，其中鱗狀細胞癌以男性為主且與吸菸有關，肺腺癌則以女性居多，且未吸菸之肺癌患者多為此類(女性肺腺癌患者超過九成不吸菸，惟吸菸者亦可能得肺腺癌)。依國健署 102 及 111 年度癌症登記報告資料顯示(詳表 3-4-3)，與吸菸較為相關之肺癌(鱗狀細胞癌、小細胞癌)其占男性及女性肺癌患者之比率，111 年度均較 102 年度減少，而常見於未吸菸者之肺腺癌占比則均較 102 年度增加，其中女性肺腺癌患者占比已接近九成。

此外，觀察 111 年度 22 個市縣肺癌發生率情形，9 個中南部市縣²⁵僅南投縣及屏東縣未列於前 13 名(詳表 3-4-4)，前 10 名有 5 個市縣位於中南部，若進一步檢視該等中南部市縣空氣品質指標、成人吸菸率等肺癌危險因子²⁶之情形，空氣品質指標(AQI)²⁷屬不健康(AQI>100)亦有較高之傾向(前述 7 個肺癌發生率較高之中南部市縣有 6 個位居空氣品質較差之市縣前 10 名)，然該等市縣 111 年度之吸菸率則無偏高現象，僅嘉義縣成人吸菸率高於全國平均，甚至肺癌發生率分列第 1 與並列第 5 之臺南市及嘉義市，其吸菸率於 22 市縣中僅分列第 20 及第 21。國健署允宜積極追蹤瞭解國人肺癌危險因子之影響因素，俾保

最後瀏覽日：114 年 6 月 3 日。

²⁵ 包括臺中市、彰化縣、南投縣、雲林縣、嘉義縣、嘉義市、臺南市、高雄市及屏東縣。

²⁶ 查國健署網站將菸害及空氣污染列為前 2 位肺癌危險因子(網址：<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=4053>)，最後瀏覽日：114 年 6 月 4 日。

²⁷ 依環境部空氣品質監測網之說明，空氣品質指標為依據監測資料將當日空氣中臭氧(O₃)、細懸浮微粒(PM_{2.5})、懸浮微粒(PM₁₀)、一氧化碳(CO)、二氧化硫(SO₂)及二氧化氮(NO₂)濃度等數值，以其對人體健康的影響程度，分別換算出不同污染物之副指標值，再以當日各副指標之最大值為該測站當日之空氣品質指標值(AQI)。

障國人健康。

表 3-4-3 102 及 111 年度肺癌患者組織型態變化情形表

單位：人；%

102 年度				
組織型態	男性個案數	男性各型態百分比	女性個案數	女性各型態百分比
鱗狀細胞癌 (男性為主與吸菸有關)	1,633	23.02	211	4.53
肺腺癌 (常見於未吸菸者)	3,644	51.37	3,843	82.50
大細胞癌	95	1.34	52	1.12
小細胞癌 (與抽菸關係非常密切)	822	11.59	97	2.08
其他	899	12.68	455	9.77
總計	7,093	100.00	4,658	100.00
111 年度				
組織型態	男性個案數	男性各型態百分比	女性個案數	女性各型態百分比
鱗狀細胞癌 (男性為主與吸菸有關)	1,713	18.19	293	3.42
肺腺癌 (常見於未吸菸者)	5,615	59.63	7,574	88.43
大細胞癌	31	0.33	2	0.02
小細胞癌 (與吸菸關係非常密切)	1,013	10.76	146	1.70
其他	1,045	11.09	550	6.43
總計	9,417	100.00	8,565	100

資料來源：整理自 102 年度癌症登記報告(105 年 1 月出版)、111 年度癌症登記報告(113 年 12 月出版)；112 年癌症發生率統計資料預計於 114 年底提供。

表 3-4-4 111 年度肺癌發生率前 13 名市縣其當年度空氣汙染及吸菸概況

單位：每 10 萬人；%

市縣別	肺癌發生率	AQI>100 總日數占比(1)	(1)排序	成人吸菸率(2)	(2)排序
臺南市	47.4	9.82	7	8.35	20
澎湖縣	47.2	5.20	11	13.85	5
臺北市	44.7	1.42	19	7.56	22
宜蘭縣	44.5	0.68	20	10.13	16
雲林縣	43.7	9.59	8	10.53	13
嘉義市	43.7	12.61	4	8.22	21
新北市	43.5	2.31	16	13.33	8
嘉義縣	43.1	7.94	9	13.75	6
新竹市	42.7	1.92	17	10.10	17
臺中市	42.1	4.00	12	9.21	18
臺東縣	40.9	—	22	15.49	1

市縣別	肺癌發生率	AQI>100 總日數占比(1)	(1)排序	成人吸菸率(2)	(2)排序
高雄市	40.6	13.44	2	10.20	15
彰化縣	40.6	5.48	10	10.23	14
全國	41.7	—	—	10.88	—

說明：1. AQI>100 包括對敏感族群不健康(101-150)、對所有族群不健康(151-200)、非常不健康(201-300)，以及危害(301)之日數加總占 1 年總日數之比率。

2. 成人(18 歲以上)吸菸率係採「目前吸菸率」，指受訪者回答「到目前為止，吸菸超過 100 支」且「最近 30 天內有吸菸使用菸品」人數占有效完訪樣本人數之比率。至於「每日吸菸率」則統計「到目前為止，吸菸超過 100 支」且「最近 30 天內每天使用菸品」人數之比率，兩者略有差異。

3. 112 年癌症發生率統計資料預計於 114 年底提供。

資料來源：整理自國健署提供資料；111 年空氣品質監測年報，頁 27。

(三)近年口腔癌經費及篩檢人次執行率均未達七成，且無菸檳酒之口腔癌患者比率有增加趨勢，宜檢討目前篩檢政策著重菸檳酒使用者應定期篩檢之妥適性，俾提升政策效益

依據國健署網站之說明²⁸，口腔癌為我國青壯年(25 至 44 歲)男性最容易發生之癌症，平均死亡年齡為 54 歲，較其他癌症早 10 年以上，而嚼檳榔、吸菸係造成口腔癌主因，國外研究顯示，口腔黏膜檢查可有效降低口腔癌之死亡率。根據國健署提供之資料(詳表 3-4-5)，108 至 113 年度口腔癌篩檢經費及篩檢人次實際執行均未達預估數之七成，113 年度篩檢經費及篩檢人次之執行率均低於疫情前之 108 年度，篩檢人次執行率甚至未達六成。

表 3-4-5 108 至 113 年度口腔癌篩預期成效及實際執行情形表

單位：新臺幣億元、萬人、%

項目 \ 年度	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年
口腔癌(預估數)						
篩檢經費(億元)(A)	1.40	1.13	1.05	1.05	1.05	1.05
篩檢人次(萬) (B)	93.3	75.1	70.0	70.0	70.0	70.0
口腔癌(實際數)						
篩檢經費(億元)(a)	0.93	0.71	0.54	0.45	0.64	0.69

²⁸ 國健署口腔癌篩檢簡介，網址：

<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=622&pid=1139>，最後瀏覽日：114 年 6 月 20 日。

項目 \ 年度	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年
篩檢人次(萬) (b)	60.3	45.4	37.2	30.2	45.4	40.6
篩檢經費執行率(%) (a)/(A)	66.43	62.83	51.43	42.86	60.95	65.71
篩檢人次執行率(%) (b)/(B)	64.63	60.45	53.14	43.14	64.86	58.00

資料來源：整理自國健署提供資料。

另觀察 106 至 111 年度口腔癌患者罹病情形(詳表 3-4-6、3-4-7)，典型口腔癌(使用過菸、酒、檳榔任一物質之患者)患者之比率由 107 年度之 84.45%，下降至 111 年度之 82.37%，同期間非典型口腔癌之比率則由 14.48% 上升至 16.38%，其中 111 年度典型及非典型口腔癌男性及女性患者占全部口腔癌患者之比率各為 8.71%、7.67%，男女比率已接近 1:1(典型者男女比率約為 23.25:1)；以往對口腔癌較不關注之女性，也可能已暴露在風險中，故早期發現非典型口腔癌並積極治療，實有必要。然目前口腔癌宣導政策多強調使用菸酒檳者應定期篩檢，宜評估檢討目前政策合宜性，密切觀察非典型口腔癌發展趨勢，俾及時防範對國人健康之傷害。

表 3-4-6 106 至 111 年度典型及非典型口腔癌患者人數情形表 單位：人數；%

類型	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	總計
典型口腔癌 (A)	6,038	6,195	5,951	6,043	5,806	5,845	35,878
非典型口腔癌 (B)	1,053	1,062	1,133	1,102	1,163	1,162	6,675
不詳	79	79	97	103	108	89	555
總計(C)	7,170	7,336	7,181	7,248	7,077	7,096	43,108
典型口腔癌 占比(A)/(C)	84.21	84.45	82.87	83.37	82.04	82.37	83.23
非典型口腔癌 占比(B)/(C)	14.69	14.48	15.78	15.20	16.43	16.38	15.48

說明：112 年癌症發生率統計資料預計於 114 年底提供。

資料來源：國健署提供。

表 3-4-7 111 年度典型及非典型口腔癌患者之男女比率

單位：人數；%

年度	典型口腔癌		非典型口腔癌		不詳		總計
	男	女	男	女	男	女	
111 年	5,604	241	618	544	73	16	7,096
	78.97	3.40	8.71	7.67	1.03	0.22	100

資料來源：國健署提供。

五、有效癌症防治涉及健康生活型態養成、菸檳酒危害防制及空氣污染防治等，允宜強化與相關部會及地方政府間協力合作，鼓勵民眾積極投入參與，俾逐步達成健康臺灣之長遠目標

WHO 指出，至少 30%至 50%之癌症可透過遠離菸、酒、不健康飲食及缺乏規律運動四大危險因子，進而有效預防癌症，爰政府持續倡導拒絕菸檳與避免過量飲酒、健康飲食(包括均衡飲食、攝取蔬果、減少食用加工產品等)、規律運動，及維持健康體態等。經查：

(一)近年國人過重及肥胖比率有增加趨勢，相較亞洲鄰近國家亦偏高，且不健康飲食情形仍待改善，允宜積極宣導健康飲食與肥胖防治，以維持健康體態

近年國健署以五大行動綱領推展肥胖防治：結合各場域推動健康體能及健康飲食、制訂健康公共政策、建構健康支持環境、調整醫療服務方向、強化社區行動力、發展民眾落實健康生活技能，透過政策目標、策略及監測指標，找出關鍵生活型態因素，並透過跨部會整合及產官學媒力量，減少肥胖問題。

依據國健署統計資料顯示，成人過重及肥胖比率近年逐漸上升(詳表 3-5-1)，從 2013 至 2016 年之 45.4%持續上升，2017 至 2020 年達 50.2%，已超過一半成年人為過重及肥胖，2018 至 2022 年再上升為 50.8%，其中 65 歲以上過重及肥胖比率更將近六成(詳表 3-5-2)。相較鄰近國家韓國、新加坡等國均在 42%以

下(詳表 3-5-3)，日本更僅約四分之一人口為過重及肥胖，國人過重及肥胖情形尚有改善空間。

上述國人過重及肥胖趨勢恐與不健康飲食習慣相關，據統計，2018 至 2022 年 19 歲以上國人每日蔬菜攝取量達 3 份之比率為 21.8%、每日水果攝取量達 2 份²⁹之比率則為 11.5%，而水果攝取數據尚較 2017 至 2020 年為低(詳表 3-5-4)，允宜積極宣導健康飲食與肥胖防治，以協助國人維持健康體態。

表 3-5-1 近年我國 18 歲以上人口過重及肥胖情形表-依年度別分 單位:%

年度別 比率	2013 至 2016	2014 至 2017	2015 至 2018	2016 至 2019	2017 至 2020	2018 至 2022
過重及肥胖率	45.4	47.1	47.1	47.9	50.3	50.8

說明：1. 國民營養健康調查 2021 年因受 COVID-19 疫情影響，調查中斷，相關資料需合併 2021 及 2022 年分析，故以 2018 至 2022 年為一期。

2. 過重係指身體質量指數[BMI，體重(公斤)除以身高(公尺)之平方]為 $24 \leq \text{BMI} < 27$ ，肥胖係指 $\text{BMI} \geq 27$ 。

3. 2019 至 2023 年分析數據預計於 114 年 12 月提供。

資料來源：國健署提供。

表 3-5-2 近年我國 18 歲以上人口過重及肥胖情形表-依年齡別分 單位:%

年度 年齡別	18 歲 以上	18 至 24 歲	25 至 34 歲	35 至 44 歲	45 至 54 歲	55 至 64 歲	65 歲 以上
2017 至 2020 年	50.3	34.8	44.5	52.2	52.2	52.3	58.3
2018 至 2022 年	50.8	35.2	44.7	52.8	53.0	50.8	59.3

資料來源：國健署提供。

表 3-5-3 亞洲鄰近國家 18 歲以上人口過重及肥胖情形表 單位:%

國家 年度	2020	2021	2022
印尼	36.2	37.6	38.9
日本	25.6	25.8	26.1
韓國	36.1	36.6	37.2
馬來西亞	53.5	54.5	55.4
菲律賓	32.9	33.7	34.6
新加坡	40.5	41.3	42.0
泰國	43.8	44.7	45.6

²⁹ 每日蔬菜攝取量達 3 份、水果攝取量達 2 份係國健署「每日飲食指南」建議之攝取量。

說明：按 WHO 之定義過重及肥胖係指 BMI ≥ 25 。

資料來源：WHO 各國 18 歲以上成人 BMI 資料庫(網址：

[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GH0/prevalence-of-overweight-among-adults-bmi-greaterequal-25-\(crude-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GH0/prevalence-of-overweight-among-adults-bmi-greaterequal-25-(crude-estimate)-(-))，最後瀏覽日：114 年 7 月 1 日)。

表 3-5-4 近年我國 19 歲以上人口蔬菜及水果攝取量情形表 單位:%

年度別 項目比率	2014 至 2017	2015 至 2018	2016 至 2019	2017 至 2020	2018 至 2022
每日蔬菜攝取量達 3 份	17.3	18.4	20.9	20.2	21.8
每日水果攝取量達 2 份	12.2	13.5	11.7	12.0	11.5

說明：1. 2018 至 2022 年 19 至 30 歲族群每日蔬菜攝取量達 3 份、水果攝取量達 2 份之比率各為 4.4%、1.8%；31 至 44 歲族群則各為 15.3%、6.5%。

2. 國民營養健康調查 2021 年因受 COVID-19 疫情影響，調查中斷，相關資料需合併 2021 及 2022 年分析，故以 2018 至 2022 年為一期。

3. 2019 至 2023 年分析數據預計於 114 年 12 月提供。

資料來源：國健署提供。

(二)近年國人接受健康檢查及知悉政府提供成人預防保健服務之比率均下降，又健康存摺使用情形仍有深化推廣空間，宜加強相關健康促進工作，俾協助民眾得以早期發現癌症，及時治療

健康檢查可及早發現潛在致病因子予以矯正，亦可在疾病處於無症狀期便及早偵測得知；為協助國人早期發現慢性病、介入及治療，自 84 年起衛生署中央健保局(現衛福部健保署)即已提供成人預防保健服務，96 年起移至國健署辦理，40 歲以上至未滿 65 歲者每 3 年補助 1 次，65 歲以上者每年補助 1 次³⁰；而衛福部所辦「三高防治 888 計畫」³¹，114 年起新增 30 至 39 歲民眾每 5 年可接受 1 次成人預防保健服務。惟據國健署最近 3 次國民健康訪問調查³²資料顯示，40 歲以上國人知悉政府提供預防保健服務情形，均有降低趨勢；102 年度 40 至 64 歲民眾、65

³⁰ 如罹患小兒麻痺且在 35 歲以上者，每年亦可補助 1 次。

³¹ 本計畫於 114 年 4 月 17 日經行政院院會通過。

³² 國民健康訪問調查旨在蒐集國人健康促進行為現況，提供相關業務規劃參考。國健署與財團法人國家衛生研究院合作，借鏡歐美國家經驗，每 4 年定期辦理國民健康訪問調查，自 90 年起已完成 6 次調查，110 年度之調查係於 113 年 8 月發布。

歲以上民眾知悉之比率均達八成五(表 3-5-5)，110 年度均降為未達八成。至 110 年度之調查，於過去 3 年(調查對象為 40 至 64 歲族群)或 1 年(調查對象為 65 歲以上族群)曾接受健康檢查之比率亦呈減少趨勢，其中 40 至 64 歲族群之比率，由 102 年度 65.4%降至 110 年度之 61.2%，允宜鼓勵民眾接受健康檢查或善加運用政府提供之相關服務。

表 3-5-5 國民健康訪問調查 40 歲以上國人健康檢查情形表 單位:%

調查年度	項目 知悉政府提供 40 至 64 歲民眾，每 3 年一次預防保健服務 (A)	過去 3 年曾接受健康檢查(含政府提供之成人預防保健服務)(B)	知悉政府提供 65 歲以上民眾，每年一次預防保健服務 (C)	過去 1 年曾接受健康檢查(含政府提供之成人預防保健服務)(D)
102	85.0	65.4	85.0	47.6
106	80.0	64.5	84.1	48.0
110	74.1	61.2	79.0	45.7

說明：1. 欄位(A)及(B)係以 40 至 64 歲國人為調查訪問對象；欄位(C)及(D)係以 65 歲以上國人為調查訪問對象。

2. 40 至 64 歲族群、65 歲以上族群實際完訪樣本數：102 年度為 7,946 人、2,935 人；106 年度 7,473 人、3,112 人；110 年度為 8,090 人、5,951 人

3. 國民健康訪問調查以每 4 年為間隔，下次調查年度為 114 年度。

資料來源：國健署 102、106、110 年國民健康訪問調查(網址：

<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=236>，最後瀏覽日：114 年 6 月 30 日)。

另健保署為提升健保資訊透明化，便利醫病溝通及方便民眾資料取得，協助民眾自我健康管理，「全民健保健康存摺」系統於 103 年 9 月上線，整合跨機關、跨單位之健康資料，提供民眾西、中、牙醫門診、用藥資料、檢驗資料、影像或病理檢查資料、住院及手術資料、成人預防保健結果等資料；105 年起更擴大範圍，民眾可利用健康存摺取得國健署癌症篩檢結果資料，而健康存摺資料亦整合至健保署開發之「全民健保行動快易通 | 健康存摺」應用程式(App)，針對癌症篩檢異常個案主動提供推播服務，提醒民眾至醫院受進一步診療，以提升癌症預防識能可近性，並介入癌症篩檢健康行為。爰第五期國家癌症防治計畫亦將健康存摺使用狀況列入可提升癌症篩檢服務量及

利用率之策略方法，並將 114 年度健康存摺使用人數較 113 年度增加 60 萬人列入短期目標³³。

然依健保署提供之統計資料，109 至 111 年健康存摺使用人數，各年底之累積使用人數較上一年底增加 220 萬人至 350 萬人不等(表 3-5-6)，惟 112 年迄今卻大幅減緩，112 年底及 113 年底較上年底僅增加各 53 萬人及 48 萬人，114 年至 4 月底累積人數亦僅較 113 年底增加 17 萬人，與 114 年度所訂目標增加 60 萬人甚有落差，允宜深化推廣健康存摺之使用，俾達預設目標。

表 3-5-6 108 年以來健康存摺使用人數概況表 單位：萬人

年底/月底	108	109	110	111	112	113	114/04
使用人數	163	517	740	1,090	1,143	1,191	1,208
較上年底增加人數	—	354	223	350	53	48	17

資料來源：健保署。

(三)空污對人類具相當致癌性，惟空氣品質改善目標中南部受地理及氣象因素影響較寬鬆，又部分菸害防制稽查裁處強度仍待改善，宜強化跨機關合作執行相關防制工作，俾維護民眾健康

依國健署網站說明³⁴，室外空氣污染影響已有國際實證對人類具致癌性，其主要組成成分「懸浮微粒(PM)」也被個別評估一併列為第一級致癌物，長期暴露在室外空污將增加肺癌風險；而懸浮微粒來源包括自然界（如火山爆發、地殼岩石崩解）及人類行為產出（如石化燃料及工業排放、移動源廢氣等燃燒行為）二種。由於中南部肺癌發生率較高與空氣污染程度亦有相關，而環境部 113 至 116 年度空氣品質改善目標，細懸浮微粒年平均目標值區分全國及中南部地區(詳表 3-5-7)，惟各年度

³³ 參閱第五期國家癌症防治計畫書，頁 31 及頁 44。

³⁴ 國健署肺癌危險因子簡介，網址：
<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=4053>，最後瀏覽日：114 年 6 月 20 日。

中南部地區改善目標較全國均較寬鬆。

經洽環境部表示，中南部(包括臺中市至屏東縣)因地理位置及季風變化，秋冬時東北季風帶來境外污染物吹至該地區後，常因風速減弱使空氣品質持續 2 至 3 天受影響；而偏東風時期又因中央山脈阻擋，中南部處背風區，污染物易累積不散，這些氣象及地理差異因素，均須納入空氣污染治理考量。該部強調 113 年 9 月 30 日修正空氣品質標準加嚴至 $12\mu\text{g}/\text{m}^3$ ，全國為相同標準，各市縣應以該標準作為長期努力改善目標。

表 3-5-7 113 至 116 年度空氣品質改善目標 單位 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ；%

項目	區域	113 年	114 年	115 年	116
細懸浮微粒年平均 值($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	全國	14.5	14.0	13.5	13.0
	中南部	16.5	16.0	15.5	15.0
臭氧 8 小時紅色警 示站日改善比率	全國	74	76	78	80

說明：1. 以 111 年底全國手動測站 (31 座) 監測數值為計算標的。
2. 以 111 年底全國 66 座自動測站為計算標的 (排除工業及交通站受滴
定效應影響)，改善比率以 108 年度為 310 站日為基準。
資料來源：整理自環境部空氣污染防制方案(113 至 116 年)核定版，頁 22。

另菸害防制法於 112 年 2 月修正，其修正後之第 9 條第 2 項明定菸品容器警示圖文面積增加至不得低於 50%、第 29 條第 1 項第 3 款及第 3 項則明定違反第 9 條第 2 項標示面積之規定，菸品製造或輸入業者，處新臺幣 100 萬元以上 500 萬元以下罰鍰，販賣之菸品則處新臺幣 1 萬元以上 5 萬元以下罰鍰。又同法第 16 條第 1 項亦將不得吸菸年齡上修至未滿 20 歲 (修正前同法第 12 條第 1 項係規定未滿 18 歲者，不得吸菸)；其第 42 條第 2 項則明定未滿 20 歲之人無正當理由未依同條第 1 項通知接受戒菸教育者，處新臺幣 2 千元以上 1 萬元以下罰鍰，並按次處罰；行為人為未成年者，處罰其父母或監護人。

前揭修正主要係考量吸菸有害健康資訊藉由圖片展現，直接傳達菸品對健康危害，可讓身心發展尚未健全之兒童及少年

清楚瞭解菸品對健康危害。另依美國研究顯示，禁菸年齡延後成癮機率變小，提高禁止吸菸年齡，可降低成人吸菸率，為保護未滿 20 歲之人身心健康，爰提高禁止吸菸年齡。

惟據國健署提供之執行菸害防制法稽查成果資料顯示，部分稽查項目裁處強度尚待加強，如：109 至 113 年度菸品容器之標示以及未滿 18 歲或 20 歲吸菸³⁵，各年度裁處案件數均在 15 件以下，平均每件裁處金額則呈下降趨勢(詳表 3-5-8)。其中菸品容器之標示由 109 年度平均每件 87 萬餘元下降至 113 年度 42.9 萬元，降幅逾五成；未滿 18 歲或 20 歲吸菸則由 109 年度平均每件 2 千元下降至 113 年度每件 1.6 千元。國健署表示配合警示圖文法規修正施行，該署自 112 年 4 月起函請相關菸品業者、公(協)會、各大超商、連鎖量販店等遵行法規，而各地方政府衛生局亦於法規施行前輔導轄內業者配合法規，減少業者不知法規而受罰；而目前未滿 20 歲吸菸者係以戒菸教育優先，於知名搜尋引擎建置電子煙危害資訊專區並製作相關資料，透過青少年喜好使用之網站及社群平台進行宣導。鑑於空污及菸害等均會增加罹癌風險，宜加強與環境部及地方政府合作，進行相關防制稽查工作，以維護民眾健康。

表 3-5-8 執行菸害防制法部分項目稽查成果報告表

單位：新臺幣千元、件數

處分原因 年度	菸品容器之標示			未滿 18 歲或 20 歲吸菸		
	裁處金額	裁處案件數	平均每件裁處金額	裁處金額	裁處案件數	平均每件裁處金額
109	13,052	15	870.13	4	2	2.00
110	5,010	13	385.38	26	13	2.00
111	3,040	5	608.00	13	7	1.86
112	2,000	2	1,000.00	8	4	2.00

³⁵ 112 年 3 月 22 日修正施行菸害防制法，不得吸菸年齡由未滿 18 歲上修至未滿 20 歲，爰 109 至 111 年度以及 112 年度至 3 月 21 日以前係以未滿 18 歲吸菸者為裁處對象，112 年 3 月 22 日起則以未滿 20 歲吸菸者為裁處對象。

處分原因 年度	菸品容器之標示			未滿 18 歲或 20 歲吸菸		
	裁處 金額	裁處 案件數	平均每件 裁處金額	裁處金額	裁處 案件數	平均每件 裁處金額
113	5,581	13	429.31	16	10	1.60

說明：處罰未滿 18 歲或 20 歲吸菸者(112 年 3 月 22 日以後為 20 歲，之前為 18 歲)，須先進行戒菸教育，109 至 113 年度戒菸教育案件件數分別為 1,808、1,799、1,431、1,670 及 1,663 件。

資料來源：整理自國健署提供資料。

肆、結論及建議

迄 113 年度，癌症已連續 43 年居國人十大死因之首，我國多年來積極推動國家癌症防治計畫，114 年度起更大幅增加癌症防治預算，尤以擴大癌症篩檢年齡與篩檢項目及調整癌症篩檢補助費用等強化癌症篩檢政策，協助國民早期發現癌症、早期治療為重要防治策略；爰此，癌症篩檢經費由以往基金預算挹注，擴大為另由國健署及衛福部相關單位編列公務預算支應。然有效癌症防治政策絕非僅仰賴增加預算即可達成，需要從預防(包括良好生活習慣養成、預防接種、基因檢測等)、篩檢(包括定期篩檢及發展精準篩檢技術)、治療及照護等多重面向著手。隨著國人飲食習慣改變、生活壓力漸增及環境發生變化等因素，癌症防治勢必面臨許多挑戰，亟待相關部門努力合作。

茲為落實國家癌症防治計畫各項目標並達成 2030 年癌症標準化死亡率降低三分之一之願景，宜全面檢視評估過往國家癌症防治計畫成效，就未能達成預期目標項目檢討改善，並針對先前已達成或須滾動調整目標(如：嚼檳榔率目標值缺乏挑戰性及癌症過早死亡機率目標值上修)持續追蹤評估；癌症篩檢率仍有城鄉落差，宜與偏鄉地區共同提升癌症篩檢資源，以確保居民健康照護權利；至我國乳癌篩檢率較先進國家偏低，大腸癌及子宮頸癌有年輕化傾向，宜密切關注此等趨勢並加強宣導及防治策略；另肺癌有相當比率患者未吸菸，無菸檳酒之非典型口腔癌患者比率有增加趨勢，宜秉持精準預防原則精進篩檢工作，防範於未然。以上，有效癌症防治涉及健康生活型態養成、菸檳

酒危害防制及空氣污染防治等，允宜致力於宣導健康飲食與肥胖防治、加強與其他機關及地方政府合作執行各項防制工作，並鼓勵民眾積極投入養成健康生活習慣，逐步達成健康臺灣之長遠目標。

(分機：1935 陳果廷)

伍、參考文獻

- 一、李政家，2019年，疾病，從大腦失衡開始：環境變異影響大腦功能，造成文明病、慢性病、癌症人口遽增，頁35-56；頁221。
- 二、李政純，2024年，非典型口腔癌男女各半 反覆嘴破要提供警覺，常春月刊，第498期，頁70-75。
- 三、陳俊臣、梁惠明，2024年，呼吸，為健康打氣 從身邊半徑2公尺開始終結肺癌新國病，康健雜誌，第308期，頁52-75。
- 四、曾嶽元，2020年，精準醫學：早期預防癌症，破解基因迷思對症下藥，頁192-193。
- 五、張金堅，國際乳癌防治月有感 談台灣乳篩政策與展望，常春月刊，第499期，頁56-65。
- 六、鄧桂芬，2023年，公費腸癌篩檢有望下修至45歲 台北、台中、彰化帶頭試辦，康健雜誌，第300期，頁16-17。
- 七、劉博仁，2023年，功能醫學癌症大調理：檢測、治療、營養、預後，全面關照，促使腫瘤凋亡不復發！頁14-16；頁156-162。
- 八、謝佳君，2023年，雲嘉南首次肺癌萬人篩檢異常率竟高4成，康健雜誌，第291期，頁25-29。
- 九、謝佳君、賀桂芬，2023年，新國病危機 大腸癌王國，康健雜誌，第299期，頁62-73。
- 十、衛福部，第五期國家癌症防治計畫(2024-2030年)，112年11月。
- 十一、衛福部國健署，107年度計畫期末報告(計畫名稱：國家癌症防治成效評估研究計畫)，108年6月。

十二、衛福部國健署，中華民國 111 年健康促進統計年報，113 年 11 月。