三八、我國有相當比率非吸菸族群之肺癌患者，大腸癌、子宮頸癌發生率亦有年輕化傾向，且無菸檳酒之口腔癌患者比率有增加趨勢，宜秉精準預防治療原則精進相關防治策略，俾維護民眾健康

根據衛生福利部國民健康署(以下稱國健署)網站引述世界衛生組織(WHO)資料顯示[1]，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，自 111 年 7 月起，該署將肺癌篩檢納入我國第五癌篩檢[2]，補助具肺癌家族史或重度吸菸者每 2 年 1 次免費胸部低劑量電腦斷層(LDCT)檢查服務。另近年大腸癌、子宮頸癌發生率有年輕化傾向，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，爰「第五期國家癌症防治計畫」於 115 年度衛生福利部、國健署及國家中醫藥研究所公務預算案合共編列 41.78 億元[3]、菸害防制及衛生保健基金預算案編列 31.35 億元，用以辦理癌症防治相關工作。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

依據衛生福利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，均自 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 1)。

---

[1] 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。)

[2] 其他四項癌症篩檢為乳癌、子宮頸癌、大腸癌及口腔癌。

[3] 「第五期國家癌症防治計畫」期間為 113 至 119 年度，總經費 559.25 億元，公務預算負擔 215.65 億元。115 年度預算案公務預算分別於衛生福利部、國健署及國家中醫藥研究所編列 1.89 億元、39.74 億元及 0.15 億元。

表 1　98 至 113 年度我國主要癌症死因情形表　　單位：人、人/每 10 萬人口

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。

另根據中央健康保險署統計，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 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快速增加，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%[4]、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 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：中央健康保險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與否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[5]網站之說明[6]，肺癌可分為「小細胞癌」與「非小細胞癌」兩大類，前者與吸菸關係密切，

---

[4] 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 年度就醫人數/109 年度就醫人數]^(1/期間)-1}*100%={[103,815/75,814]^(1/4)-1}*100%=8.18%。

[5] 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。

[6] 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)，最後瀏覽日：114 年 6 月 3 日。

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)，與吸菸較為相關之肺癌(鱗狀細胞癌、小細胞癌)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，其中女性肺線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[7]僅南投縣及屏東縣未列於前 13 名(詳表 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[8]之情形，空氣品質指標(AQI)[9]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 名。國健署允宜積極追蹤瞭解國人肺癌危險因子之影響因素，俾保障國人健康。

---

[7] 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。

[8] 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。

[9] 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(O_3)、細懸浮微粒($PM_{2.5}$)、懸浮微粒(PM_{10})、一氧化碳(CO)、二氧化硫(SO_2) 及二氧化氮 (NO_2) 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)。

表 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 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表

單位：人/每 10 萬人口；%

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
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)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[10]，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5)，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6)，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7)，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。

---

[10] 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 5　2022 年世界各主要國家大腸癌發生率比較表　單位：人/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/colorectal-cancer-statistics/#colorectal-cancer-age-standardised-rates)，最後瀏覽日：114 年 6 月 2 日。

表 6　102 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 7　近年子宮頸癌發生變化情形表　　單位：人；歲；人/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)近年口腔癌篩檢經費及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於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[11]，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 8)，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 COVID-19 疫情前之 108 年度，篩檢人次執行率甚至未達六成。

表 8　108 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
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(%)	**66.43**	**62.83**	**51.43**	**42.86**	**60.95**	**65.71**

[11] 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
(a)/(A)						
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 9、10)，典型口腔癌(使用過菸、檳榔、酒任一物質之患者)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檳酒者應定期篩檢，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 9　106 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 10　111 年度典型及非典型口腔癌患者之男女比率表　　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。

綜上，我國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，然肺癌患者有相當比率未吸菸，大腸癌及子宮頸癌亦有年輕化傾向，另無菸檳酒之非典型口腔癌患者比率則有增加趨勢，允宜秉持精準預防原則精進篩檢等防治策略，防範於未然。

（分機：1935 陳果廷）