

國家肝炎及肝癌防治計畫(2021-2025年)

衛生福利部

2020年11月

目錄

壹、計畫緣起.....	2
一、依據.....	2
二、未來環境預測.....	2
三、問題評析.....	5
四、社會參與及政策溝通情形.....	15
貳、計畫目標.....	17
一、目標說明.....	17
二、達成目標之限制.....	18
三、預期績效指標及評估基準.....	19
參、現行相關政策及方案之檢討.....	21
肆、執行策略及方法.....	31
一、主要工作項目.....	31
二、分期(年)執行策略.....	31
三、執行步驟(方法)與分工.....	31
伍、期程與資源需求.....	42
陸、預期效果及影響.....	46
柒、財務計畫.....	46
捌、附則.....	47
一、替選方案之分析及評估.....	47
二、風險評估.....	47
三、有關機關配合事項.....	48
四、中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表.....	48
五、其他有關事項.....	48

壹、計畫緣起

一、依據

依據2019年12月26日「衛生福利部肝癌及肝炎防治會」2019年第2次會議提案「病毒性肝炎防治計畫(第三期計畫2021年至2025年)」，決議由本部相關單位研議中長程計畫，除呼應世界衛生組織提出2030年前消除 C 型肝炎之目標外，更回應衛生福利部「國家消除C肝政策綱領」提出消除C肝、超越世衛之願景。

二、未來環境預測

(一) B 型、C 型肝炎感染人數會逐年下降

臺灣是世界第一個實施「全國性嬰兒」B 型肝炎疫苗大規模接種的國家，政策實施後，我國幼童 B 型肝炎帶原率從高於10%降到1%以下，並證實 B 型肝炎疫苗可以降低兒童肝細胞癌的發生率，成為全球成功防治 B 型肝炎的典範。為再提升 B 型肝炎防治成效，除續提供嬰幼兒接種 B 型肝炎疫苗及維持高接種完成率，並自2019年7月起將 B 型肝炎免疫球蛋白之接種對象，由原實施之「母親為 B 型肝炎 e 抗原陽性新生兒」擴及「母親為 B 型肝炎表面抗原 (s 抗原) 陽性之新生兒」，再提升阻絕垂直傳染成效。惟若孕婦於孕程中帶有較高的病毒量，其所生的小孩仍有 10% 的帶原率，為再進一步預防 B 型肝炎之母嬰垂直傳染，我國自2018年2月1日起，對於高傳染性 B 型肝炎帶原孕婦，於妊娠第二期或第三期，健保給付 Telbivudine 及 Tenofovir 等抗病毒藥物抑制 B 型肝炎病毒量，藉由預防性投藥策略之施行，降低母嬰垂直傳染率及其所生子女帶原率。綜觀政府為使國人擺脫 B 型肝炎威脅，積極推動前述相關防治與治療政策，或創全球先例或與國際接軌，期使國家 B 型肝炎防治政策更臻完善，消除 B 型肝炎指日可待。

近年臺灣的捐血中心資料庫顯示，以首次捐血的民眾做分析，C 型肝炎病毒感染盛行率自1999年15.5%下降至2017年4.5‰，近二十年來，雖有少部分地區 C 型肝炎病毒感染盛行率仍偏高，但臺灣至少64.3%的鄉鎮 C 型肝炎病毒感染盛行率呈現逐漸下降的趨勢。另健保署自2017年

起提供 C 肝口服新藥治療，截至2020年7月約有9.6萬名 C 肝病人完成口服新藥治療，透過持續提供 C 肝口服新藥之治療，將可減少具感染性之 C 肝病人，預計未來感染 C 型肝炎人數將大幅降低。

(二) B、C 型肝炎之高危險群（如注射藥癮者、HIV 感染者、矯正機關收容人、透析患者等）人口增加

根據疾病管制署傳染病統計資料顯示，自1984年起累計至2020年，全國急性 B 型肝炎的確定病例數共計6,088人，包含男性4,026人及女性2,062人；急性 C 型肝炎的確定病例數共計4,509人，包含男性3,173人及女性1,336人。

B、C 型肝炎病毒為經由血液或體液傳染，因此透析患者、注射藥癮者、刺青或穿耳洞或有不安全性行為者、HIV 感染者、矯正機關收容人等，為感染 B、C 型肝炎病毒之高危險群，其中注射藥癮者、有不安全性行為者、HIV 感染者、矯正機關收容人等亦是再感染發生率較高的族群。2019年血液透析病患之 B 型肝炎表面抗原轉陽率（HBsAg 陽性）為0.29%，C 型肝炎抗體轉陽率（anti-HCV 陽性）為0.58%，而國內血液透析人數逐年增加，因此，如何針對前述 B、C 型肝炎之高危險群提出完善防治策略（如預防、篩檢、追蹤與治療模式），實為一大挑戰。

(三) B、C 型肝炎篩檢與治療計畫持續推展，可預期病毒性肝炎導致慢性肝病、肝硬化及肝癌死亡人數將逐年下降

國民健康署自2011年起，於成人預防保健服務提供1966年以後出生且滿45歲以上終身1次 B、C 型肝炎篩檢，截至2020年1月底約服務75.7萬人，篩檢異常個案轉介至健保特約醫療院所追蹤治療。中央健康保險署「全民健康保險給付慢性 B 型及 C 型肝炎治療之效益評估」委託研究分析2004年至2013年期間有使用抗病毒藥物與未接受該類藥物治療病患之長期療效，研究顯示慢性 B 型肝炎病患不管是使用健保給付之 B 肝藥物，相對於未接受治療者皆顯著降低肝癌發生之風險、肝臟相關死亡風險與全死因死亡風險。慢性 C 型肝炎感染者使用長效干擾素合併雷巴威林治

療，相對於未接受治療者顯著降低肝癌發生之風險(風險比值[hazard ratio, HR]= 0.28)、肝臟相關死亡風險(HR=0.14)與全死因死亡之風險(HR=0.15)。

「全民健保加強慢性 B、C 型肝炎治療計畫」自 2003 年 10 月起至 2019 年 12 月 31 日止，累計共收案 44.4 萬人次，其中 B 型肝炎 27.3 萬人次，C 型肝炎約 17.1 萬人次。透過第一期和第二期病毒性肝炎防治計畫推動，已使肝癌標準化發生率自 2004 年的每 10 萬人口 40.7 人降至 2017 年的 29.3 人(圖 4、5)，降幅為 28%；慢性肝病及肝硬化標準化死亡率由 1998 年的每 10 萬人口 23.2 人降至 2019 年的 11.2 人(圖 3)，降幅為 52%；肝癌標準化死亡率由 1996 年最高點的每 10 萬人口 29.5 人降至 2019 年的 18.8 人，降幅為 32%(圖 5)，由此可預期病毒性肝炎導致慢性肝病、肝硬化及肝癌死亡人數將再逐年下降。

(四) 國人生活型態改變，導致代謝性肝病人口增加

隨著 B 型肝炎疫苗的接種、B 型肝炎抗病毒藥物，以及 C 型肝炎口服抗病毒新藥之治療，可以預見幾年後，國人肝病的盛行型態會轉變成代謝性肝病，在代謝性肝病中主要兩個重要疾病為(1)非酒精性脂肪肝病及(2)酒精性肝病。而代謝性肝病會進展為末期肝病以及肝細胞癌，因此代謝性肝病為未來重要的肝病議題。

近幾年來國人生活型態改變，如喜好手搖杯含糖飲料、高脂肪食物、油炸食物，以及久坐缺乏運動等，因此導致體重增加及非酒精性脂肪肝病等健康問題。西方國家中，非酒精性脂肪肝的盛行率約為 3 成，且與體重過重及第二型糖尿病高度相關。大多數非酒精性脂肪肝病並不會死於肝臟相關的併發症，反而是心血管疾病這些患者主要的死亡原因，因此體重過重、慢性疾病患者(如糖尿病、高血壓及高血脂)，如何早期預防脂肪肝病及給予合適的處置或治療以減少其因脂肪肝造成肝臟疾病或其他共病惡化，實為未來重要防治問題。

國際癌症研究總署 (IARC) 已將酒精列為一級致癌物，如有酒精濫用情形，會導致酒精性肝炎、酒精性肝硬化、肝癌及其他相關癌症增加。酒精性肝病在美國的盛行率約為 2%，國內目前並無相關酒精性肝病盛行率資料，然依國民健康署 2017 年「國民健康訪問調查」，發現 18 歲以上

族群過去一個月飲用超過1個標準杯含酒精飲料(10克純酒精量)者為18.5%(男性27.7%、女性9.7%)，國人罹患酒精性肝炎人口需重視。

三、問題評析

(一) HBeAg(+)母親所生子女仍有約10%之帶原率

過去研究顯示，嬰幼兒接種 B 型肝炎疫苗後仍感染病毒之原因，包括子宮內感染、母親的病毒量高、宿主人類白血球抗原分型 (HLA typing) 及病毒突變株等因素，但以母親病毒量為母嬰垂直傳染之關鍵因素。目前 B 型肝炎疫苗及免疫球蛋白接種，可以有效阻斷母嬰垂直傳染，但 HBeAg 陽性之高傳染性 B 型肝炎帶原孕婦，因其病毒量高，其所生小孩即使於出生後儘速接種疫苗及免疫球蛋白，仍有10%的機率成為 B 型肝炎帶原者。為降低前述高傳染性 B 型肝炎帶原孕婦所生幼兒發生肝炎、肝硬化甚至肝癌之機率，本部疾病管制署爰自2010年9月推動「B 型肝炎高危險群幼兒追蹤檢查與追加接種作業計畫」，以追蹤該些幼兒之疫苗接種效果及儘早發現 B 型肝炎感染狀況，必要時追加接種疫苗；而完成預防接種的世代，若未能成功誘發體內免疫系統產生具保護作用的抗體，仍存有水平感染的風險，因此，如何減少疫苗接種無效個案及再降低幼兒 B 型肝炎帶原率，仍是重大挑戰。

(二) 急性病毒性 C 型肝炎不易診斷，且確定病例合併感染愛滋病比例上升

急性病毒性 C 型肝炎感染者僅約20-30%患者有臨床症狀，大多數個案並無明顯臨床症狀，再加上多數感染者不瞭解自己的帶原情形，除了增加病毒散播風險，更可能因延誤治療導致病情惡化。

C 型肝炎病毒之檢驗並無 IgM 抗體標記可進行確認，使得急性病毒性 C 型肝炎不易確立診斷。依目前病例定義，雖已放寬為出現急性肝炎症狀、C 型肝炎抗體 (anti-HCV) 檢測陽性且醫師研判為急性病毒性 C 型肝炎之個案，或依實驗室檢驗條件研判確認，但有關慢性 C 型肝炎急性發作、慢性 C 型肝炎再次感染之鑑別等問題，尚

待更多研究及臨床實證資料，協助提出更可靠之操作型定義，以利確認真正的急性病例，並找出可能暴露之危險因子，儘速阻斷傳播來源。

鑒於 B、C 型肝炎和愛滋病有共同的傳染途徑，加上臺灣是 B、C 型肝炎病毒感染的高盛行區，肝炎合併愛滋病感染者，必然是公共衛生及臨床醫療照護上重要的議題。對於高危險群應持續加強安全性行為及注射藥癮者清潔針具計畫之衛教，以預防 B、C 型肝炎病毒之傳播，患者感染愛滋病或性病時，可考慮同時檢測是否合併有肝功能異常和肝炎病毒感染，以早期發現並及早治療。

(三) 仍須重視高危險群之 B 型肝炎免疫情形

臺灣 B 型肝炎預防接種政策實施至今，幼童 B 型肝炎帶原率從高於 10% 降到 1% 以下，低於 2017 年 WHO 西太平洋區署所訂之目標，孕婦之 B 型肝炎帶原率（s 抗原陽性），也自 17.5% 下降至 5% 以下，e 抗原陽性比率亦自 7% 大幅下降至 1% 以下，已有效阻斷母嬰垂直傳染。惟仍有部分族群屬於 B 型肝炎感染高風險者，如透析病人、器官移植病人、接受血液製劑治療者、免疫不全者、多重性伴侶者、注射藥癮者、帶原者之同住者或性伴侶、身心發展遲緩收容機構之住民與工作者、可能接觸血液之醫療衛生工作者等。依「衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組」2008 年第 3 次會議決議，建議該等高危險群可自費追加 1 劑疫苗，爰此應持續加強衛教、鼓勵前述高危險群若未曾接種過 B 型肝炎疫苗，經檢測未具有保護性抗體亦未成為帶原者，自費接種疫苗，以提升體內對抗 B 型肝炎病毒的免疫力。此外，美國於 2011 年底，建議 60 歲以下的糖尿病患者接種 B 型肝炎疫苗，因為檢測血糖時可能重複使用針扎器具，因而增加感染 B 型肝炎的風險，故建議接種疫苗以為防範。另，慢性 B 型肝炎感染者合併糖尿病會大幅增加罹患肝癌的風險，應衛教糖尿病患者篩檢本身是否已具有 B 型肝炎抗體免疫力。

(四) 特殊風險族群再感染率高，極需發展合適有效的預防再感染措施，以預防鞏固成效

來自加拿大研究發現已清除 HCV 病毒的病人中，約有 8% 的病人在後續追蹤過程中又再次感染 HCV，而其中感染 HIV 或 PWID 者相較於其他人有較高的再感染率。該研究同時也發現接受替代療法的毒癮者，及接受心理諮商服務的 PWID 則可降低其 HCV 的再感染率。另一個電腦模擬研究則顯示，高風險的特殊族群如 PWID 在接受 DAA 治療後，若未能提供足夠的減害措施(如免費清潔針具的提供)及減少共用針具的諮商介入，則此族群即使在大規模治療病人後，HCV 感染率仍會因再感染的問題而再度攀升，而無法達到消除 C 肝的目標，因此對具特殊風險族群發展合適有效的預防再感染措施極為重要。

(五) 加強有肝外疾病 C 肝病人的治療

近來研究發現 C 肝病毒感染不僅影響肝臟，而是對全身器官皆會帶來影響，包括自體免疫、淋巴增生、心血管、代謝相關、及腎臟病等，因此建議將慢性 C 肝病毒感染視為全身系統性的疾病，一項系統性回顧並對 34 個東亞地區的研究(包含 16 個臺灣研究)進行的統合分析顯示，慢性 C 肝病人相較於非慢性 C 肝病人有較高的第二型糖尿病盛行率、慢性腎臟病盛行率、心血管疾病盛行率、皮膚黏膜的扁平苔癬(lichen planus)盛行率、及類風濕性關節炎盛行率等，其他曾被發現與慢性 C 肝有相關但證據較不足的尚包括中風、薛格連氏症候群(Sjogren's syndrome)、憂鬱症、混合性冷凝球蛋白血症(mixed cryoglobulinemia)、白血病、胰島素抗性、癌症等肝外疾病。另一篇統合分析進一步發現，C 肝病人接受治療成功清除病毒後，相較於未清除疾病者，可大幅降低肝外疾病整體死亡率的風險，且可降低胰島素抗性發生率、及降低糖尿病發生率，提高冷凝球蛋白血症血管炎(cryoglobulinemia vasculitis)的完全緩解率，及提高惡性 B 細胞淋巴球增生疾病的客觀緩解率。此外，來自臺灣 8 年全國性追蹤研究顯示，末期腎臟病合併 C 肝患者在接受抗病毒藥物治療後，可顯著降低病人的死亡風險，而糖尿病合併 C 肝患者在接受抗病毒藥物治療後，可降低末期腎臟病風險達 84%、降低缺血性腦中風風險

達47%、以及冠心病的風險達36%。

(六) C肝相關資料整合或分享

C肝防治從篩檢到治療有許多相關資料庫，分散在不同層級、不同單位中，例如國民健康署的成人健檢肝炎篩檢資料、中央健康保險署的C肝檢驗及治療資料、及分屬在各地衛生局、NGO或醫療機構、健檢單位等的C肝篩檢資料等，造成縣市衛生局進行C肝篩檢及轉介工作及中央單位掌握全國篩檢情況之困擾，需發展不同資料的整合或分享機制，以利提升C肝防治效率及方便監測評估C肝防治進度與成效。

(七) 成人預防保健服務篩檢率持續提升，及強化肝炎盛行地區篩檢

國民健康署自2011年8月起，於成人預防保健服務新增加B、C型肝炎篩檢，統計2012-2018年接受B、C型肝炎篩檢人數分別為3.8萬人、5.7萬人、7.6萬人、8.9萬人、9.6萬人、10.9萬人、12.2萬人、12.7萬人；B、C型肝炎篩檢陽性率約落在14.4%-16.5%、3.5-4.8%之間，篩檢率持續提升中，惟依現行條件下，篩檢人數成長有限，為找出更多符合治療C肝的帶原者，將擴大B、C型肝炎篩檢資格，以增加篩檢量能。

表1、成人預防保健服務篩檢結果統計

年度	參與成健者 符合B、C型肝炎 篩檢人數	實際篩檢人數	利用率	陽性率	
				HBV	HCV
2012	66,064	38,466	58.2%	16.2%	3.6%
2013	100,687	57,575	57.2%	16.3%	4.1%
2014	126,962	76,739	60.4%	16.5%	4.7%
2015	147,295	89,026	60.4%	16.4%	4.8%
2016	164,593	96,043	58.4%	15.1%	3.9%
2017	190,606	109,405	57.4%	15.0%	3.7%
2018	209,169	122,507	58.6%	14.4%	3.5%

(八) B、C 型肝炎患者接受治療及追蹤比率低

相關研究顯示，在臺灣目前34歲以上民眾之 B 型肝炎帶原率為10-15%，因此仍有超過170萬 B 型肝炎感染者；另 C 型肝炎方面，民眾之 C 型肝炎病毒陽性率約為1.8%，估計約有40.5萬人為 C 型肝炎帶原者。截至2019年底，已接受健保給付治療的 B、C 型肝炎患者由2003年的1千多人次增加至約36.8萬人次，但就前人研究估計 B 型肝炎與 C 型肝炎潛在需治療族群分別約為30~40%以及100%之帶原病患來看，仍有許多努力空間；另中央健康保險署為鼓勵院所加強照護及追蹤肝炎病患，自2010年起推動「全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案」，其參與方案之院所數由224家增加至2019年的561家，參與方案對象也由4萬人增加至26.7萬人(男性占54.2%、女性占45.8%)，若依符合收案條件之就醫 B 型肝炎帶原者與 C 型肝炎感染者來計算(從2010年約53萬人至2019年約65萬人)，追蹤收案率也由9.8%增加至41.5%(圖1)，其中男性收案率為40.6%、女性42.5%，但依有接受過腹部超音波檢查之 B、C 肝患者來看，2019年實質追蹤率達90.0%(圖2)，其中男性實質追蹤率89.4%、女性為90.7%。

綜上，經由中央健康保險署努力及持續推動，接受健保給付治療的 B、C 型肝炎患者及 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者接受追蹤照護比率已大幅增加。惟追蹤率仍不盡理想的可能原因有：(1)民眾自認身體沒有什麼症狀，不需要就醫檢查；(2)衛教不足、沒有傳遞正確醫學知識包括慢性病毒性肝炎嚴重性給民眾；(3)民眾生活環境就醫可近性較差；(4)民眾工作因素不方便請假；(5)民眾經濟壓力大，不願意犧牲賺錢的工作時間來看診追蹤；(6)其他，如忘記回診等。至於治療率不盡理想的可能原因則包括：(1)並非所有 B 型肝炎患者皆須接受治療；(2)衛教不足、沒有傳遞正確治療觀念給民眾；(3)民眾生活環境就醫可近性較差；(4)民眾工作因素不方便請假；(5)民眾經濟壓力大，不願意犧牲賺錢的工作時間來門診治療；(6)擔心藥物治療會有副作用；(7)不相信西醫治療好處；

(8)不符合健保給付條件，經濟能力差無法負擔自費藥物；(9)工作或求學因素無法定期到門診接受治療。但計畫收案的情形仍有進步的空間，除持續推廣計畫執行，宜多方強化收案誘因及鼓勵患者參加。

這些已經確診病患可能因沒有追蹤或沒有治療而錯失了預防肝癌發生或是早期診斷肝癌的時機；慢性肝炎可能因沒有治療而進展成為顯著纖維化以及肝硬化。值得注意的是男性治療率及追蹤率略低於女性，可能原因包括：(1)女性病患較注重健康狀態，就醫率高於男性，(2)男性病患常為一家之主，負責家庭經濟而欠缺時間追蹤治療。

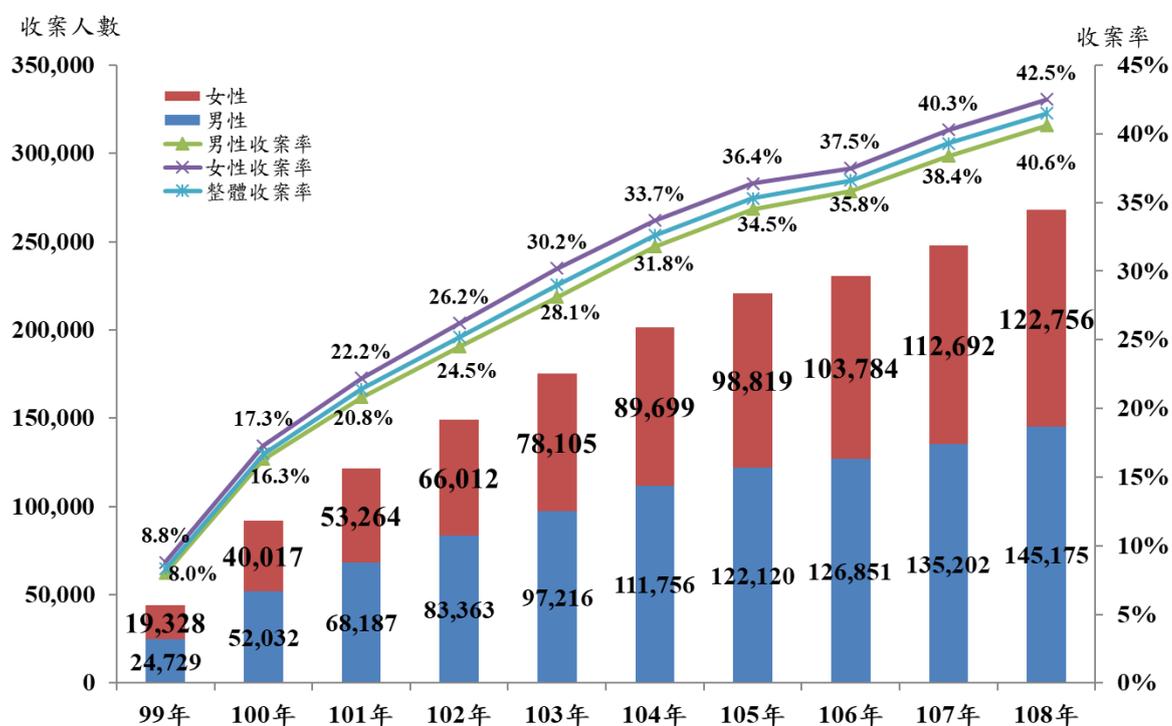


圖1、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者追蹤照護收案情形

註：1.資料來源：中央健康保險署門診申報檔(擷取日期：20200413)

2.收案率：

(1)收案個案人數(分子)：指申報方案之醫令代碼 P4201C、P4202C。

(2)符合收案人數(分母)：指最近6個月內，曾在該院所主診斷為 B 型肝炎帶原者或 C 型肝炎感染者，至少就醫達2次(含)以上。(2010-2019年依方案應回推最近6個月內資料，故費用年月皆往前6個月，例如2019年之費用年月: 201807-201912)

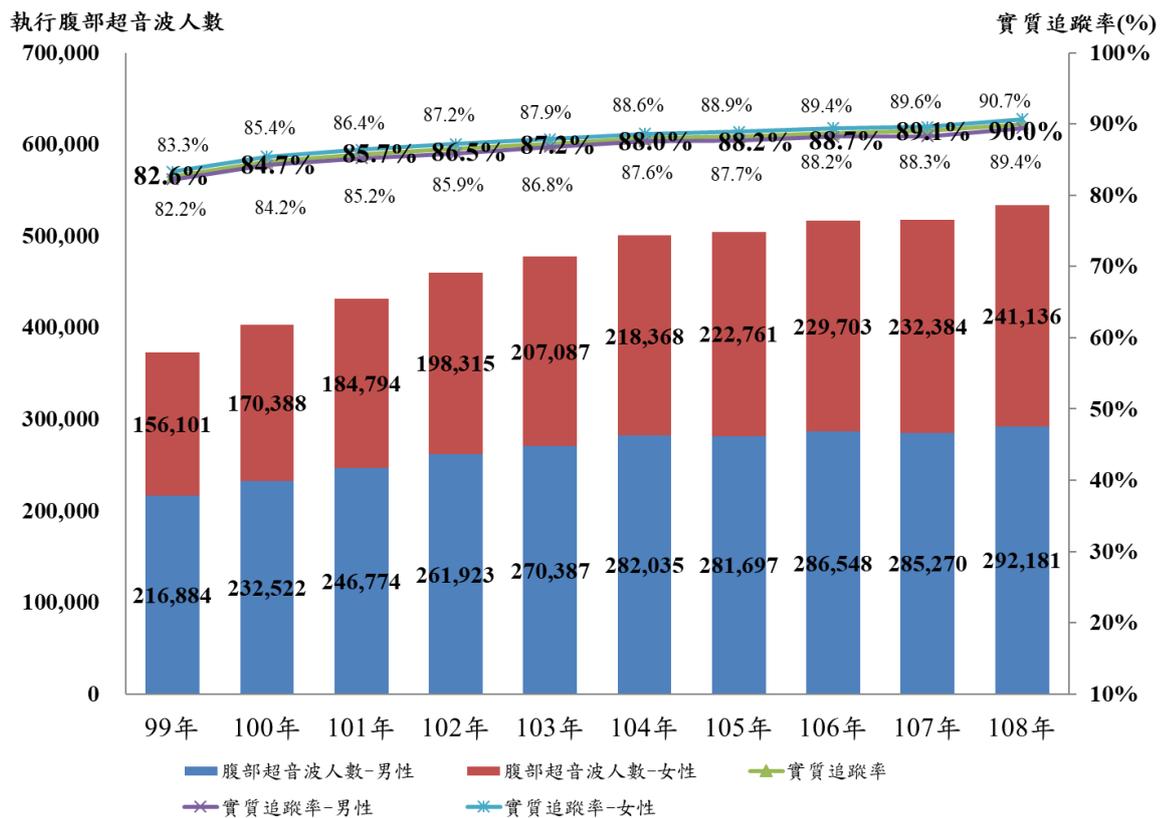


圖2、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者實質追蹤情形

註：

- 1.資料來源：中央健康保險署門診申報檔。(擷取日期：20200922)
- 2.實質追蹤率：執行腹部超音波人數/符合方案收案對象人數。
- 3.執行腹部超音波人數：指符合本方案已收案人數及未收案人數中有執行腹部超音波之人數。

(九) 代謝性肝病診斷不易且無好的治療方式

1. 代謝性肝病目前不易診斷

依照美國肝病醫學會2018年的診療準則，非酒精性脂肪肝病需要由影像檢查或是組織學檢查確認肝臟中的脂肪堆積，且要排除喝酒、使用造成脂肪堆積的藥物、或遺傳疾病等次發性原因。由於肝臟切片為侵入性的檢查，且即使診斷出非酒精性脂肪肝病也沒有很好的藥物治療，所以願意接受肝切片的患者很少。影像檢查包括磁振造影或是肝纖維化掃描儀來檢測肝臟中的脂肪堆積，這兩種檢查方式費用昂貴且並非每個醫療院所都有。

2. 非酒精性脂肪肝病目前並沒有很好的治療方式。運動醫囑難以達到

目前唯一有確認療效的方式是減重，及生活方式調整。最近的研究指出，體重減輕5-10%可以改善肝臟內脂肪肝的程度，減少肝纖維化。

建議患者運動、減重及生活方式調整，但患者很困難能達到預期的目標。

3. 酒精性肝炎目前缺乏診斷工具及生物指標，亦沒有嚴重程度的評量標準

除了病史詢問之外，有幾個血液指標如 AST、GT 可以提示有酒精性肝炎，但這些指標缺乏特異性。從酒精性肝炎至酒精性肝硬化的疾病進展中，並沒有嚴重程度的指標可供參考，或警示患者。

(十) 肝癌末期病人比例未減少

依2017年癌症登記報告，肝癌居國人常見癌症發生率第5位，發生人數為11,225人（男性7,800人，女性3,425人），標準化死亡率為每十萬人口29.3人（男性43.5人，女性16.2人）；2019年死因統計肝癌死亡率居第2位，死亡人數為7,881人（男性5,363人，女性2,518人），標準化死亡率為每十萬人口18.8人（男性28.1人，女性10.5人）。

B、C型肝炎病毒感染是國人肝癌的主因，肝癌的病患中，約有80%的人為B型肝炎帶原者，或C型肝炎感染者。於2011-2017年患有肝癌的男性，約有47%的人為B型肝炎感染者，25%為慢性C型肝炎感染者；患有肝癌的女性，約有24%的人為B型肝炎感染者，49%為慢性C型肝炎感染者（圖6）。據文獻指出，男性與女性受到B、C型肝炎病毒感染後，在肝癌的發病率有所差異，推測可能與性荷爾蒙的影響有關，確切原因尚待研究。

從衛生統計資料，發現我國肝癌年齡標準化發生率與死亡率，都有下降（圖5），我國肝癌死亡率/發生率比（M/I ratio）為0.7，國際間（如新加坡、葡萄牙、荷蘭等）之數值多為0.9-1，反應出我國肝癌防治有相當的成效。

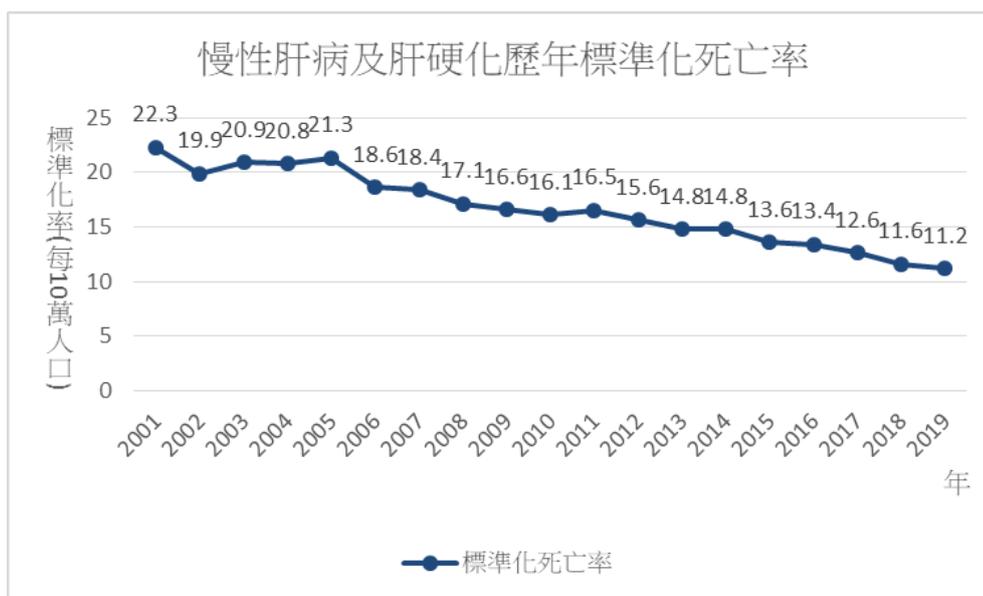


圖3、我國慢性肝病及肝硬化歷年標準化死亡率

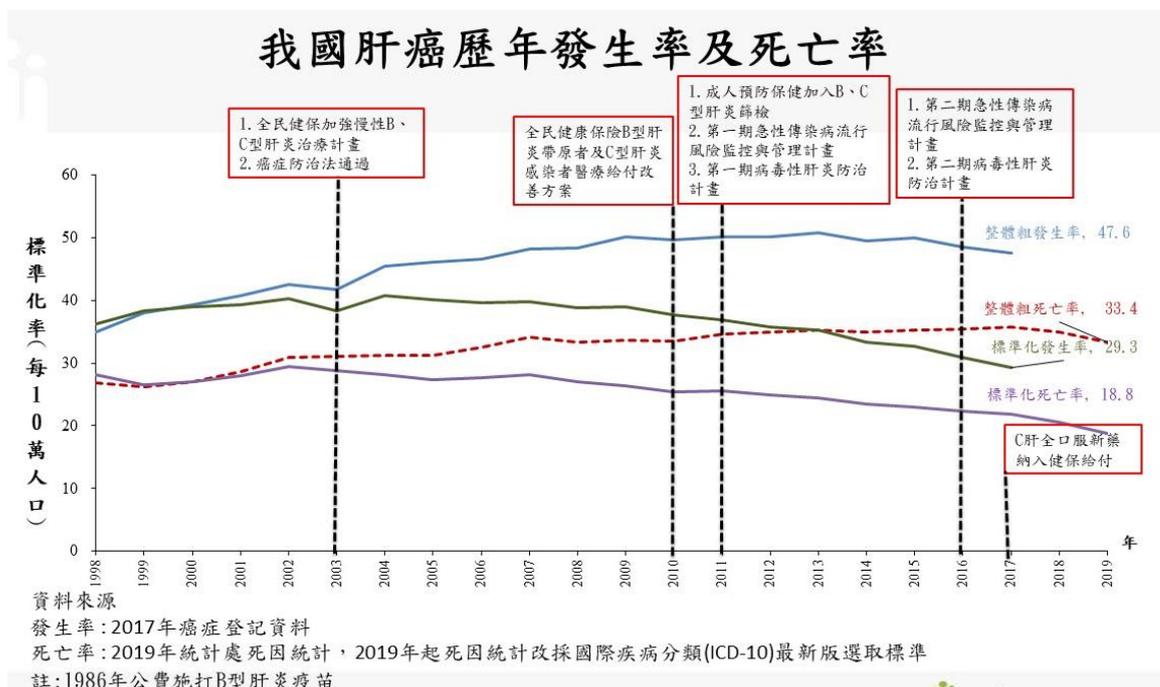
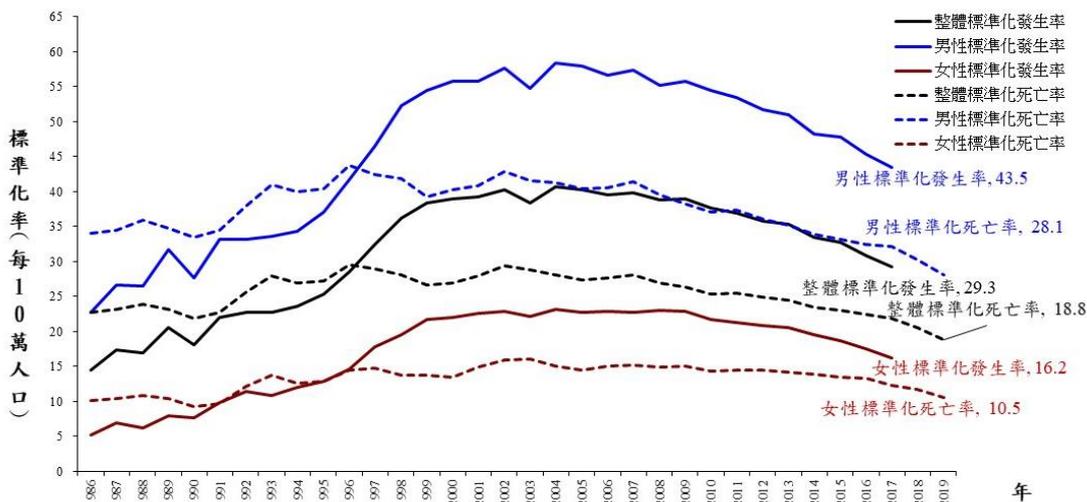


圖4、我國肝癌歷年發生率及死亡率

我國歷年肝癌標準化發生率、死亡率趨勢



資料來源

發生率：2017年癌症登記資料

死亡率：2019年統計處死因統計，2019年起死因統計改採國際疾病分類(ICD-10)最新版選取標準

圖 5、我國歷年肝癌標準化發生率、死亡率趨勢

註：資料來源

發生率：2017年癌症登記資料

死亡率：2019年統計處死因統計

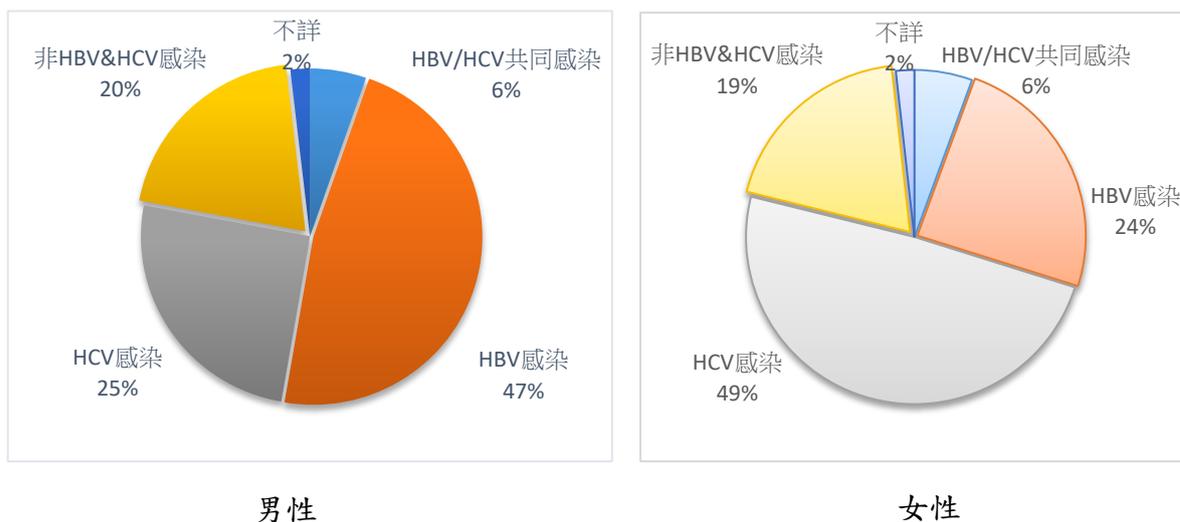


圖6、我國2011-2017年男女性肝癌個案之B、C型肝炎病毒感染情形

註：資料來源：2017年癌症登記資料

但從資料之中仍需要思考不足之處：年齡標準化比率的下降，除了真正下降之外，還有可能是病患年齡增加，使得用年齡別比率乘以標準化人口，所產生的謬誤。一般標準化人口，年長者比率較少。從癌症登記的資料確實顯示，B、C、B+C、非 B 非 C 的肝癌，年齡都逐漸上升。臺灣肝癌年齡增加的原因有幾個，主要的是 C 肝高盛行世代年齡漸長及 B 型肝炎肝硬化病患抗病毒藥物長期使用使發生肝癌年齡延緩所致。過去 C 型肝炎用干擾素治療，對於肝癌的減少及減緩有一定的效果，近年 C 肝口服抗病毒藥物的大量使用，期望可 C 肝相關的肝癌發生會更加減少及減緩。至於 B 肝口服抗病毒藥物在肝硬化病患的長期使用，確實有得到成效，影像學呈現肝硬化但無脾腫大的病患無法採認非侵襲性纖維化診斷方式，還有改善空間。

除了發生率以外，死亡率的改善的實際狀況也需要參考。近年來有諸多標靶及免疫藥物核准上市，但因時間還短，尚無法明顯反應在存活之上。早期肝癌應該接受治癒性治療的指標近年來已明顯改善至接近九成，臨床上治癒性療法也都有不錯的成效。若以診斷時 BCLC 分期來討論，BCLC stage 0~B 所佔的比例不變，stage 0 的病人增加，也就是早期診斷，是來自於 stage B 的減少。BCLC stage C 及 D，也就是所謂晚期及末期肝癌所占的比率一直沒有改變，十年來有固定比率的肝癌病患，在診斷時已經是晚末期。慢性肝病的認知和可近性醫療的提供應該是兩個主要原因。問題的癥結及要改善的方法，也正好可以解決消除 C 肝的問題。

鑑於將來有新的標靶及免疫藥物用於肝癌治療之需求，建議健保署於健保總額新醫療科技項目之新藥預算編列相關經費。

在肝癌登記資料分析，非 B 非 C 肝癌的比例近年來兩倍的增加。最常見的解釋有兩個，因為肝癌年紀增加，HBsAg 消失的比率增加，所以會導致有 B 肝相關肝癌減少而非 B 非 C 肝癌增加的現象。另一個解釋就是代謝性肝病的增加。

四、社會參與及政策溝通情形

辦理跨部門會議，形成政策共識，定期召開「衛生福利部肝癌及肝

炎防治會」會議，由衛生福利部邀有關機關(構)代表、相關領域之學者及專家，提供肝癌及肝炎防治訊息、議題討論與政策溝通之平台。相關專家含公共衛生，臨床學術機構專家及女性研究健康專家，男女性別達1/3。

貳、計畫目標

一、目標說明

(一) 長期目標：

30-70歲肝癌、慢性肝病肝硬化死亡率至2030年下降65%(參考 WHO 目標，以2010年為基準，每十萬人為58.5)。延長國人壽命，大幅減少末期肝病的醫療費用。

(二) 短期目標：

1. 降低一般民眾及高風險族群（血液透析病患及 HIV 感染者）之急性病毒性 B、C 型肝炎發生率，參照 WHO 訂定目標，以2015年為基準，至2025年下降60%以上。
2. 嬰兒第3劑 B 型肝炎疫苗接種率維持98%以上。
3. 預防母嬰垂直傳染 B 型肝炎：嬰兒第1劑 B 型肝炎疫苗於出生後24小時內之接種率達90%以上。
4. 經由衛教諮詢服務站提供注射藥癮者清潔針具數量，維持每年每人200支針具。
5. 至2025年提供672萬成人預防保健 B、C 型肝炎篩檢服務人數(2019年約15萬人，每年並依年度預算滾動調整年度目標數)。
6. 提升慢性 B、C 型肝炎患者接受健保服務之照護比率2025年達45%(2020年為40%)。
7. 提升需治療之慢性 B 型肝炎患者接受抗病毒用藥治療比率2025年達50%；提升需治療之慢性 C 型肝炎患者接受抗病毒用藥治療比率2025年達80%。
8. 推廣代謝性肝病、酒精性肝病的認知。

二、達成目標之限制

- (一) 病毒性肝炎急性期症狀不明顯，且疾病潛伏期長，不易辨識個案且感染源掌握困難。
- (二) 急性病毒性 B、C 型肝炎不易診斷，較難鑑別慢性 B、C 型肝炎急性發作或再次感染等問題，不易掌握真正的急性感染病例。
- (三) 注射藥癮者合併感染愛滋病與急性病毒性 C 型肝炎之風險較高，但該族群較難接觸且不易取得溝通管道。
- (四) 我國城鄉人口流動率高，山地鄉人口流動更多，另新住民及臺商人數增加，父母與子女頻繁往來於國家之間，個案追蹤困難，接種對象無法確實掌握，影響預防接種效果之達成。
- (五) 民眾由認知、態度到行為一連串的改变需要時間，該時間的長短則受個人、環境和醫療生態等因素影響，應鼓勵民眾了解自己是否感染 B、C 型肝炎及養成健康生活型態為首要之務。
- (六) 慢性 B、C 型肝炎患者接受健保追蹤照護服務預算，係採專款預算，至於計畫內訂有收案條件，且給付誘因不足影響院所參與意願。
- (七) 沒有確診就無法接受治療，導致 B、C 型肝炎病人治療比例偏低，且目前 B、C 型肝炎患者經篩檢確診而定期接受追蹤治療之比例仍有待提升。
- (八) 健保給付抗病毒用藥訂有給付規定及條件，致臨床上部分反映有治療需求之病人無法及時接受治療。
- (九) 本案為配合國家消除 C 肝政策及於 2025 年達成 25 萬人 C 肝治療目標，所預計應達成之篩檢目標數，係指在獲得充足預算挹注。

三、預期績效指標及評估基準

(一) 2025年急性病毒性 B 型及 C 型肝炎發生率下降60%：

1. 一般民眾：2025年急性病毒性 B、C 型肝炎發生率分別為每百萬人7（含）人、9（含）人以下。

※資料來源：醫療財團法人台灣血液基金會。

※評估基準：2015年 B 型肝炎病毒核酸（HBV DNA）轉陽率為每百萬人17人，2015年 C 型肝炎病毒核酸（HCV RNA）轉陽率為每百萬人21人，參考 WHO 於2020年降低慢性肝炎30%新感染個案及於2030年降低慢性肝炎90%新感染個案目標訂定。

2. 高風險族群：

- (1) 血液透析病患：2025年 B、C 型肝炎轉陽率分別為每十萬人126（含）人、260（含）人以下。

※資料來源：中央健康保險署門診透析總額專業醫療服務品質報告。

※評估基準：2015年血液透析 B 型肝炎表面抗原（HBsAg）轉陽率修正為每十萬人315人，2015年血液透析 C 型肝炎抗體（anti-HCV）轉陽率修正為每十萬人649人，參考 WHO 於2020年降低慢性肝炎30%新感染個案及於2030年降低慢性肝炎90%新感染個案目標訂定。

- (2) HIV 感染者：急性病毒性 C 型肝炎確定病例合併 HIV 感染之發生率逐年降低0.5%。

※資料來源：疾病管制署傳染病個案通報系統。

※評估基準：以2019年急性病毒性 C 型肝炎確定病例合併 HIV 感染之發生率每十萬人1.09人為評估基準（2019年合併感染病例數共計258例），以逐年降低0.5%為目標。

(二) 2021至2025年嬰兒第3劑 B 型肝炎疫苗接種率維持98%以上。

※資料來源：疾病管制署全國性預防接種資訊管理系統。

※評估基準：2016年出生世代之 B 型肝炎疫苗第3劑完成率為

97.9%，2017年出生世代為98.1%。

(三) 2021至2025年嬰兒第1劑 B 型肝炎疫苗於出生後24小時內之接種率達90%以上。

※資料來源：疾病管制署全國性預防接種資訊管理系統。

※評估基準：B 型肝炎疫苗第1劑之接種時程為「出生後24小時內儘速接種」，故以第1劑完成率評估。

(四) 提供注射藥癮者清潔針具數量，維持每年每人200支針具。

※資料來源：疾病管制署預防愛滋衛教諮詢服務統計資料。

※評估基準：注射藥癮者每年每人清潔針具領用量=當年度清潔針具發放量/當年度社區藥癮者接受服務人數。

(五) 至2025年提供672萬成人預防保健 B、C 型肝炎篩檢服務人數。(每年並依年度預算滾動調整年度目標數)

※資料來源：國民健康署健康促進品質資訊整合平台之統計資料。

※評估基準：45歲至79歲民眾接受 B、C 型肝炎篩檢人數。

(六) 2025年中央健康保險署「全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案」照護率不分性別均提升至45%。

※資料來源：全民健康保險特約醫事服務機構醫療費用申報資料。

※評估基準：2015年至2019年照護率分別為32.6%、35.3%、36.6%、39.3%、41.5%，考量近年照護率成長趨緩，以每年增加1個百分點推估，2025年照護率至少提升至45%(2020年績效指標訂為40%)。

(七) 2025年需治療之慢性 B 型肝炎患者接受抗病毒用藥治療比率不分性別均至少提升至50%；2025年需治療之慢性 C 型肝炎患者接受抗病毒用藥治療比率不分性別均至少提升至80%。

※資料來源：全民健康保險特約醫事服務機構醫療費用申報資料。

※評估基準：需治療之慢性 B 型肝炎患者接受抗病毒用藥治療

比率＝抗病毒用藥累積治療人數÷需治療人數(54.5萬人)；需治療之慢性 C 型肝炎患者接受抗病毒用藥治療比率＝抗病毒用藥累積治療人數÷需治療人數(40.5萬人)。

參、現行相關政策及方案之檢討

一、B 型肝炎疫苗預防注射計畫

我國自1984年7月起開始實施 B 型肝炎疫苗預防接種計畫，先從高危險群之新生兒做起，至1986年7月再擴大到新生兒全部接種，並逐年擴大注射對象，另亦同時進行孕婦 B 型肝炎之篩檢工作。計畫實施後6歲兒童 B 型肝炎帶原率已由實施前之10.5%下降至0.8%，另依據國內學者研究結果，6至14歲幼兒罹患肝癌比率，由實施前每十萬人口0.54下降至0.20，顯示 B 型肝炎疫苗接種，可避免其未來產生肝硬化或肝癌，同時降低 B 型肝炎傳播風險，成效相當的顯著。依據本部疾病管制署全國性預防接種資訊管理系統 (NIIS) 2020年統計結果，孕婦之 B 型肝炎帶原率 (HBsAg 陽性) 及 HBeAg 陽性率，至2020年已分別下降至4%及1%以下，國內2019年出生幼兒之出生劑及第3劑 B 型肝炎疫苗接種完成率皆達99%；國小新生入學預防接種紀錄卡檢查結果，國小新生第2及第3劑 B 型肝炎預防接種完成率皆達99%；另2020年 HBeAg(+)母親所生幼兒 HBIG 接種率達98.6%。上述資料顯示我國 B 型肝炎疫苗防治，已達國際水平之上，但針對該等對象所生幼兒，於接種 HBIG 及完成3劑 B 型肝炎疫苗接種後，仍有約10%之帶原率，爰此，我國自2018年2月起，已將 Telbivudine 及 Tenofovir 抗病毒藥物納入全民健康保險藥物給付項目，血清 B 型肝炎病毒量高的孕婦，可於懷孕滿27週後開始使用，降低孕婦體內病毒量，期藉由預防性投藥策略之實行，降低母嬰垂直傳染機率；並持續進行本土研究，未來如能證明其他藥物之安全性及有效性，並實際應用於孕婦治療，對於我國邁向 B 型肝炎消除的目標將更為接近。

二、急性病毒性 C 型肝炎病例持續增加

2015年至2020年急性病毒性 C 型肝炎確定病例數逐年上升，其中2018年至2020年確定病例數每年皆超過500例，以2019年之627例為歷年最高，病例數增加主要原因包括群聚事件、媒體效應、實地查核、醫療院所通報警覺提升等因素影響；另分析2015年至2020年資料，合併 HIV 感染之比例有上升趨勢，合併 HIV 感染者中男性占99.5%，應持續強化 HIV 感染者對急性病毒性肝炎之預防知能，衛教安全性行為對於預防急性病毒性 C 型肝炎之重要性，降低傳播風險。另為輔助判定國內急性病毒性 C 型肝炎疫情是否屬於群聚事件之關聯性並追蹤感染源，須持續建立國內肝炎病毒基因資料庫供比對分析，以瞭解國內肝炎病毒流行病毒株變異情形及其散佈趨勢。

三、全國醫院感染管制查核作業

為推動醫院落實感染管制措施，降低醫療照護相關感染發生的風險，本部疾病管制署自2005年開始辦理全國醫院感染管制查核作業，後續自2008年起辦理「醫院感染管制查核作業品質提升計畫」，訂定感染管制查核標準作業流程，由感染症專科醫師及感染管制護理師協同各縣市政府衛生局同仁進行實地查核，提供醫院執行感染管制措施相關建議。另為使查核作業內容配合政策推動及符合實務所需，並每年進行查核基準研修；其中，為預防醫療照護工作人員因意外暴觸病人血液造成感染，以及降低透析病人感染的風險，分別訂有相關基準，稽核醫院是否制訂院內相關作業流程並確實執行。2020年辦理之醫院無預警查核，優先查核167家重點醫院，並逐步擴及全國醫院，共計完成484家實地訪查作業。

四、藥癮愛滋減害計畫

為避免注射藥癮者感染愛滋病毒造成愛滋病疫情上升，疾病管制署自2005年持續推動藥癮愛滋減害計畫，於全國各縣市設置衛教諮詢服務站及針具自動服務機，免費提供清潔針具、稀釋液及回收廢棄之針具，提升藥癮者清潔針具取得之可近性及方便性，避免藥癮者共用注射用具；另透過廢棄針具之回收，維護社區環境之清潔與避免民眾遭針扎之危險

性，對於衛教諮詢服務站及針具自動服務機的設置量逐年降低情形，將請地方政府衛生局持續與社區藥局溝通協調或開發新執行點，增加藥癮者取得之便利性。另將積極爭取經費採購足量之清潔針具及稀釋液，供應注射藥癮者使用，避免發生共用情事。2020年發出針具超過190萬支，針具回收率達94%，注射藥癮者占新通報愛滋感染者比例已由2005年的72%降至2020年的1%。另針對藥癮愛滋個案則持續辦理替代治療計畫，提高藥癮者愛滋病防治相關認知及加強安全性行為的衛教宣導，並於「愛滋病指定醫事機構服務品質提升計畫」提供愛滋感染者 B、C 型肝炎等防治衛教諮詢服務，2020年計有81家醫療院所參與，以降低愛滋病、梅毒及 B、C 型肝炎感染風險。

五、B、C 型肝炎篩檢

為進行肝癌防治，國民健康署自2011年8月1日起推行成人預防保健之 B、C 型肝炎篩檢，針對1966年或以後出生且滿45歲，終身可接受1次 B、C 型肝炎篩檢，每年接受 B、C 型肝炎篩檢人數逐年增加。為配合國家消除 C 肝政策，考量 B、C 型肝炎流行病學特性，並參採專家建議，在有限公務預算分配下，於2019年6月1日調整為40-60歲原住民，搭配成人預防保健服務終身提供一次 B、C 型肝炎篩檢。另外，配合各縣市整合式篩檢服務計畫，鼓勵縣市將 B、C 型肝炎篩檢納入縣市整合式篩檢之執行項目中。

然而現行成人健檢所提供之 C 肝篩檢年齡涵蓋範圍小，且未包含 C 肝主要盛行年齡層，且整體篩檢人數偏低，找出之病人數遠遠低於消除 C 肝的目標治療人數或目標篩檢涵蓋率。而原住民部份成人健檢 B、C 型肝炎篩檢年齡層於2019年6月放寬至40-60歲，但需與成人健檢搭配一同進行，若已先做成人健檢者則需等3年後才能與成人健檢搭配作 B、C 型肝炎篩檢，成為推動篩檢之阻礙。

目前 C 肝篩檢尚有民間資源投入與推動篩檢，如各基金會、扶輪社等，極少數縣市有地方政府預算支持。然而受限於經費考量，這些經費多會限制只有該目標地區在籍在戶的民眾才可以接受篩檢，在戶不在籍

的民眾雖然居住在該地區，但因戶籍不在該地，即使想就近參加篩檢也因資格不符而被拒，相反的，在籍不在戶的民眾雖被列為目標篩檢對象，但是因為實際居住在別處，通常不會願意回來戶籍地參加篩檢，也篩檢不到。以目前在籍在戶比例約40-60%而言，在籍不在戶、在戶不在籍的問題，已造成篩檢的一大困擾。此外，以地區作為高風險因子時，由於感染多為早年的暴露，與戶籍地並不見得一致，建議或可導入出生地概念。

因應 C 肝新型口服藥之快速發展，篩檢政策之調整亦需與時俱進，將擴大 B、C 型肝炎篩檢資格，及爭取需挹注相關經費，始能調整篩檢量能。國民健康署為促進全民健康，未來將視經費狀況，依不同風險層級地區篩檢情形及銜接治療服務能量，研議不同風險分級及轄區人口數多寡，或調整篩檢對象等，在各地區可銜接治療下分階段執行策略，逐步推動，以嘉惠更多民眾及早發現、接受治療，免於病痛之苦，亦減少長期病程之醫療資源耗用。

如以治療目標數達25萬人推估(至109年約治療11萬人，尚需治療14萬人)，且考量部分民眾可能已利用其他管道接受檢查及民眾篩檢意願，以達成8成(11.2萬人)治療目標數及以每篩檢60人找出1人治療推估(C肝盛行率4%估算)，5年(2021-2025年)篩檢人數約672萬人(各年度服務人數168萬、168萬、156萬、132萬、48萬人)，5年至少需增加13億元(如下表)。

2021-2025 所需費用及可提供治療人數推估(以治療 25 萬目標數推估，已治療 11 萬，尚需治療 14 萬)							
項目	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年	小計	
8 成目標	推估治療人數	28,000	28,000	26,000	22,000	8,000	112,000
	篩檢人數	1,680,000	1,680,000	1,560,000	1,320,000	480,000	6,720,000
	所需篩檢費用	336,000,000	336,000,000	312,000,000	264,000,000	96,000,000	1,344,000,000
備註	篩檢人數:以需治療目標數 25 萬(已治療 11 萬)，還需治療 14 萬人，以篩檢可貢獻 8 成治療目標，及以篩檢 60 人找出 1 人治療估算。						

六、B、C型肝炎照護治療方案

(一) 全民健康保險給付B型及C型肝炎治療用藥

1. 中央健康保險署自2003年10月1日起試辦「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」，主要目的為配合衛生福利部加強肝炎防治計畫之推動，加強全民健康保險B型及C型肝炎藥物治療照護品質。中央健康保險署於2013年將此計畫列為常態性計畫，並於2020年停止以計畫方式辦理，相關用藥仍持續依「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥品給付規定給付，凡經醫師臨床專業診治，符合B、C型肝炎用藥之給付條件者，即可接受健保給付B型及C型肝炎之藥物治療。
2. 「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」為增進病患就醫可近性，於2005年5月放寬至地區醫院及基層診所可加入計畫，2006年9月對於B、C型肝炎醫療資源不足地區，放寬醫事（醫師）服務機構之資格，以擴大照護範圍，另為增加就醫可近性，2011年起放寬基層醫師資格，刪除須參與家醫試辦計畫之規定，2016年放寬肝炎醫療資源不足區及山地離島鄉鎮，得由具消化內科或小兒消化學之專任或兼任專科醫師之基層院所執行。相關計畫執行成果如下圖7-圖9：

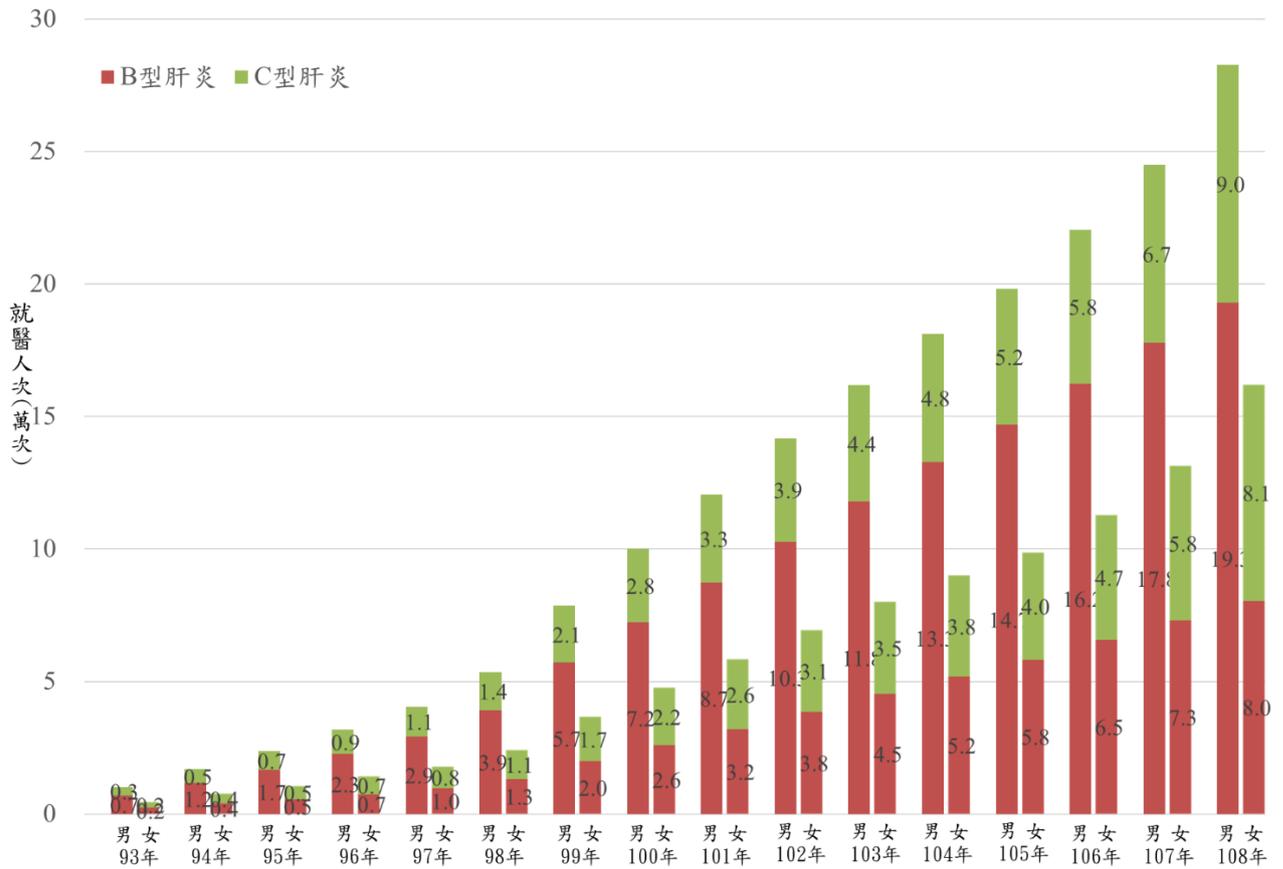


圖7、「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」歷年累計收案數_總計

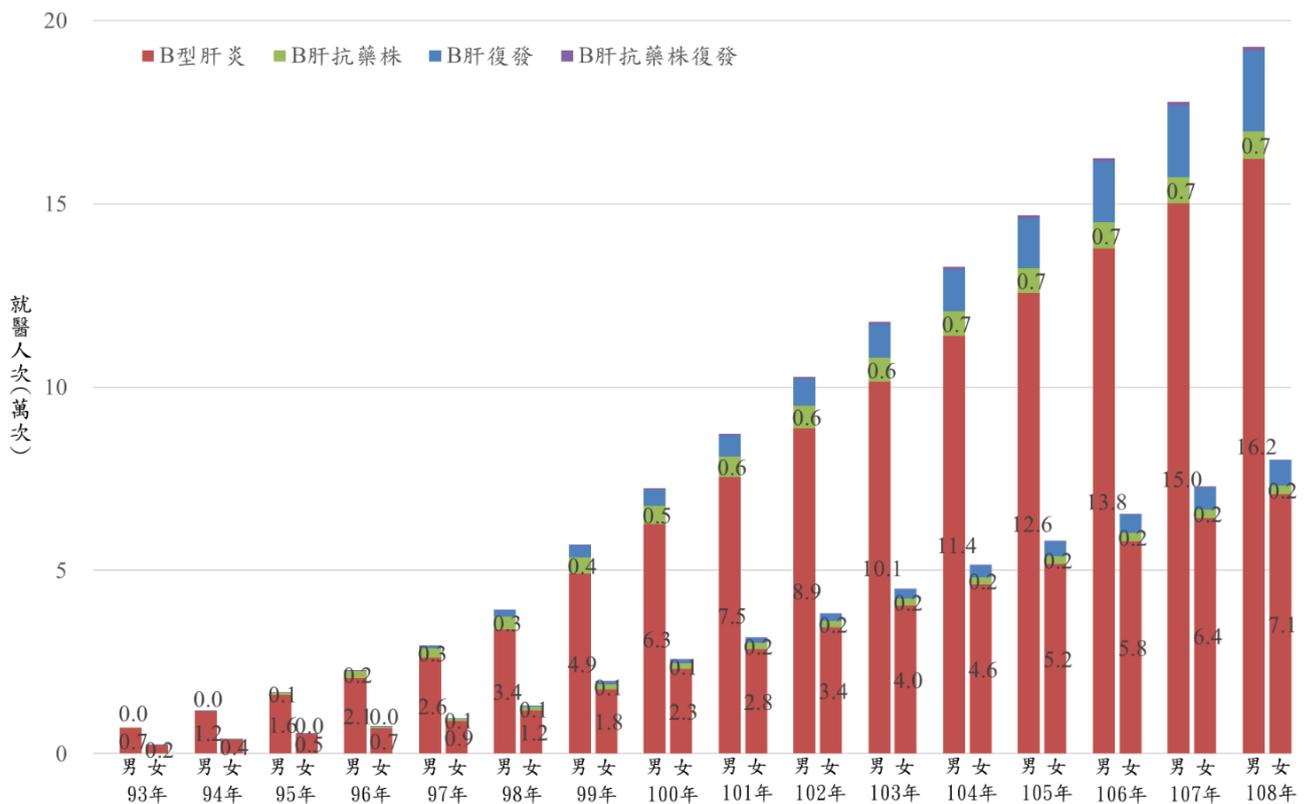


圖8、「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」歷年累計收案數_B肝療程

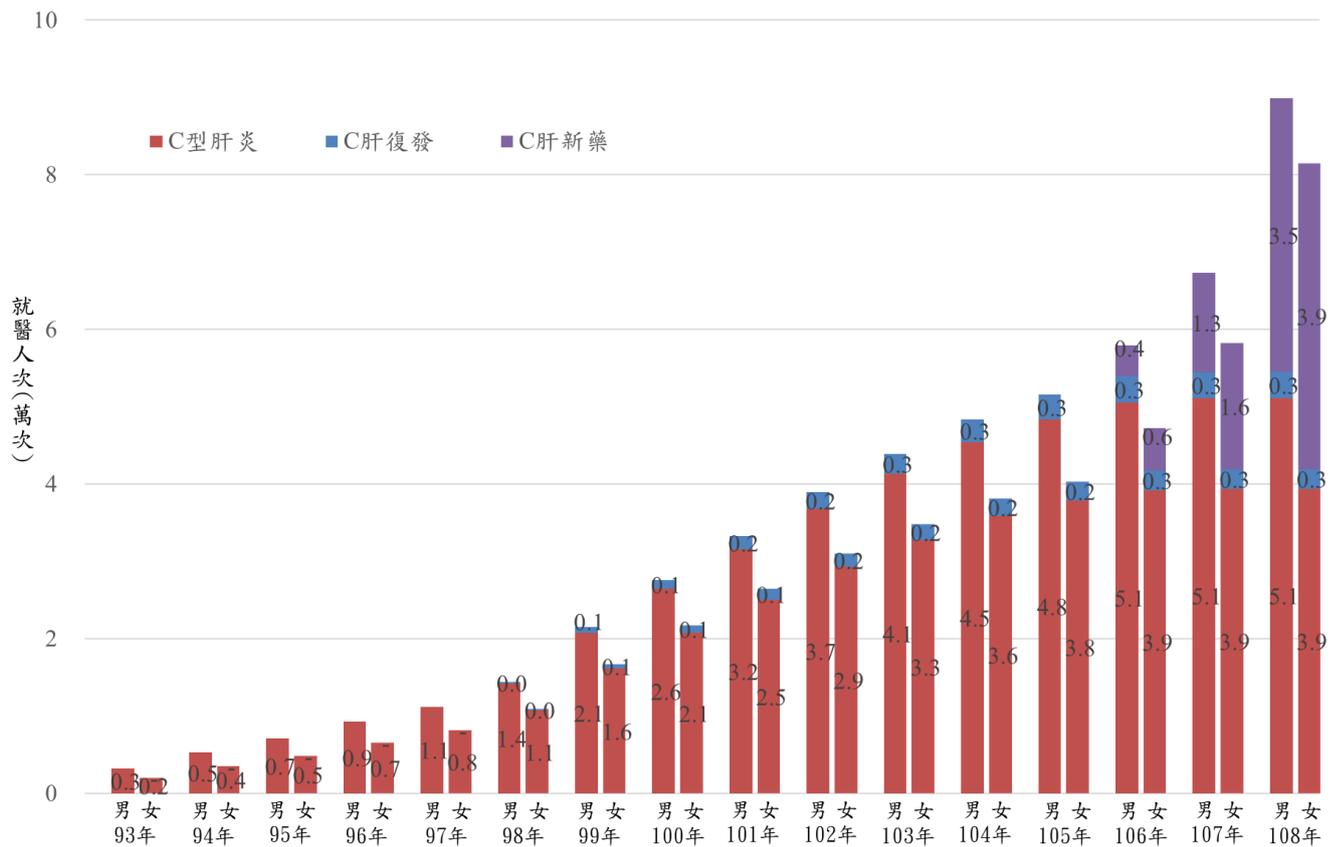


圖9、「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」歷年累計收案數_C肝療程

註：1. 本表資料擷取日期為2020年4月8日

2. 資料擷取日期為2020年4月8日，收案數係指當年度累計收案人次。

- 為長期提供 B 型及 C 型肝炎病患醫療服務，為避免因預算額度限制因素而中斷治療，2013年度全民健康保險會(原衛生署醫療費用協定委員會)協定及經衛生福利部核定後，醫院部門之 B 型及 C 型肝炎治療計畫改由一般服務部門支應，基層部門則仍維持專款專用，其不足之預算由其他部門支應，2018年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式，將 B 型肝炎藥費回歸一般服務部門支應，爰自2018年起，醫院及西醫基層總額之 B 型肝炎藥費均由一般服務部門支應，C 型肝炎藥費(含 C 肝全口服新藥)維持專款支應。
- 「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」共有6項療程：「B 型肝炎」、「B 型肝炎抗藥株」、「B 型肝炎復發」、及「B 型肝炎抗藥株復發」，「C 型肝炎」與「C 型肝炎復發」。

迄至2019年度各療程累計收案數達44.4萬人次(含 C 肝新藥)，2021年於健保總額編列爭取 C 肝治療預算65.7億元，可讓4萬多人接受 C 肝新藥治療。

5. 為提供 B 型肝炎患者更完善之長期治療，中央健康保險署自2017年1月1日起修正 B 型肝炎治療藥品給付規定，B 型肝炎口服治療藥品由原規定每次最長治療3年(e 抗原陽性患者於3年治療期間內有 e 抗原轉陰者，可再給付鞏固治療1年)、每人限治療2次，修訂相關停藥標準(「HBeAg 陽性患者可治療至 HBeAg 轉陰後加上鞏固治療1年」、「HBeAg 陰性患者至少治療2年，檢驗血清 HBV DNA 三次，每次間隔6個月皆檢驗不到可停藥，每次療程至多3年」)，且再次復發時得再接受治療，不限治療次數。為降低肝癌病患接受根除性治療後肝癌復發的風險，自2019年2月1日起增列肝癌並接受根除性治療且 HBV DNA \geq 2000 IU/mL，可長期使用 B 型肝炎口服治療藥品，直至肝癌復發且未能再次接受根除性治療止。以上規定均不限性別。
6. 為了解臨床上對於 B 型肝炎治療之需求，健保署於2020年6月12日邀集病毒性肝炎臨床治療專家及相關醫學會討論，取得給付範圍放寬共識，並將專家建議放寬之給付範圍提案至「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」研議修訂，放寬之給付範圍自2021年3月1日生效。
7. 由本計畫問題評析描述得知目前 B、C 型肝炎患者接受治療之比率仍低，透過上述計畫或藥品支付標準的改善：(1)擴大供給面參與增加民眾就醫可近性、(2)擴大 B 型肝炎用藥給付範圍，如 B 肝帶原者的長期治療、C 型肝炎全口服抗病毒用藥治療失敗者再次接受健保給付治療、B 型肝炎復發高風險之病人等(3)減少 B 型肝炎用藥給付限制，如縮短 B 型肝炎復發後再次給付之觀察期限，期以提升 B、C 型肝炎患者之治療涵蓋率。

(二) 全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案

1. 為減少肝癌的死亡率及發生率，衛生福利部癌症防治政策委員會2008年第4次會議指示中央健康保險署研擬肝炎帶原者個案管理計畫。中央健康保險署據以研擬本項方案，曾於2009年9月23日至衛生署癌症防治會議專案報告，依據會中委員提供專業意見修訂本方案，並於12月2日再度報告，獲癌症防治會議通過，公告自2010年1月起試辦，主要目的為建立以病患為中心的共同照護模式，提升 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案管理追蹤指引遵循率，降低肝癌死亡率及降低第3期至第4期之肝癌發生率。
2. 實施模式為列入全民健康保險總額專款項目「醫療給付改善方案」預算項目支應。本方案藉由支付制度的設計，導入 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案管理追蹤之誘因，鼓勵醫療院所設計以病人為中心之完整照護，遵守個案管理追蹤指引，加強患者之追蹤及衛教服務，提供完整且連續性的照護模式。
3. 2019年參加 B、C 型肝炎個案追蹤方案醫療院所數有561家，收案人數為26.7萬人(男性占54.2%、女性占45.8%)。
4. 由本計畫問題評析數據得知2019年照護收案率為41.5%(男性40.6%、女性42.5%)，有執行腹部超音波之實質追蹤率為90.0%(男性89.4%、女性90.7%)，目前之照護收案率仍偏低。2016年修訂計畫之收案條件，由「同一院所經結案之保險對象，不得再收案」修改為「同一院所經結案對象1年內不得再收案」，期透過計畫持續之修訂以利於收案追蹤率之提升。
5. 現行計畫訂有收案條件，明定照護範圍，為提高慢性 B、C 型肝炎患者接受健保服務照護之收案，除應由評估計畫放寬收案條件之可行性外，亦可提高獎勵誘因提升院所參與意願。

七、 代謝性肝炎防治

根據2017年國民健康署癌症登記資料顯示，肝癌約有8成是由 B、C 型肝炎所引起，另2成主要是代謝性肝病所引起，我國長期以來肝病防

治重心較偏向 B、C 型肝炎預防、篩檢及治療，較少著墨代謝性肝病，代謝性肝病目前並沒有合格有效的治療藥物，但有效的治療方法是透過規律運動、均衡飲食、養成健康型態等，近期的研究也指出，體重減輕 5-10%就可以改善肝臟內脂肪肝的程度，並減少肝纖維化，故需將代謝性肝病防治納入本計畫。

八、 民眾對肝病之健康識能

為防範急性病毒性肝炎流行疫情，降低群聚事件發生及感染風險，疾病管制署已建置多元化衛教教材及通路，透過大眾傳播媒體、官方網站、社群平臺等各種方式，加強衛教預防急性病毒性肝炎之方法，同時運用「LINE@疾管家」提供法定傳染病、國內外疫情、旅遊防疫、預防接種等互動式諮詢功能，加強並推廣全民防治知能。此外，持續補助地方政府衛生局「急性病毒性肝炎防治計畫」辦理衛生教育活動，以提升民眾、高風險族群或相關防疫人員對病毒性肝炎之防治認知；另督導地方政府衛生局追蹤 HBsAg(+)或 HBeAg(+)之孕婦，於產後半年接受追蹤檢查或治療，並於幼兒滿1歲時至醫療院所接受抽血檢驗，必要時提供公費 B 型肝炎疫苗追加接種，積極維護幼兒健康；亦需加強民眾對自身帶原狀況的認知，及 B 型、C 型肝炎病人之衛教宣導，提升病人對 B 型及 C 型肝炎疾病照護之認知。為提升病人對肝病照護知能，於「全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案」內訂有 B 型、C 型肝炎病人收案前需與病人解釋方案實施之目的及需病人配合定期回診等事項，並提供相關文宣資料予病人參考，促使醫師與病人間建立良好的溝通機制，期提升病人之醫從性與配合度外，亦可提高自我照護能力。

肆、執行策略及方法

一、主要工作項目：

- (一) 預防感染急性病毒性肝炎
- (二) 推動 B、C 型肝炎篩檢，並加強民眾對帶原、預防感染及定期追蹤治療之認知，及加強民眾健康識能
- (三) 加強 B、C 型肝炎陽性個案之後續追蹤及治療
- (四) 肝炎治療服務及 B、C 型肝炎資料庫整合
- (五) 進行探討代謝性肝病相關成因、機轉及治療方式之研究及介入方案

二、分期(年)執行策略

有關各策略之分期執行期程，請見表4廿特圖。

三、執行步驟(方法)與分工

(一) 預防感染急性病毒性肝炎

策略一： 嬰兒第一劑 B 型肝炎疫苗於出生後24小時內接種率達90%以上。維持嬰幼兒 B 型肝炎疫苗高接種率，並加強 B 型肝炎帶原孕婦所生幼兒滿1歲之抽血篩檢與追加接種

持續督導地方政府衛生局辦理嬰幼兒 B 型肝炎疫苗預防接種，並透過全國性預防接種資訊管理系統孕婦 B 型肝炎篩檢資料之上傳，儘速追蹤高危險群新生兒按時接種 HBIG 以提升接種率。另，對於 B 型肝炎帶原之孕婦所生幼兒於1歲之追蹤抽血，已在「兒童健康手冊」及「孕婦

手冊」中，增列孕婦及幼兒 B 型肝炎檢驗及欄位，以加強提醒 HBsAg(+)母親攜帶其滿1歲幼兒前往醫院進行抽血檢查，另一方面列為地方政府衛生局考評項目，以督導提升告縣市執行的完成率。

策略二：強化急性病毒性肝炎監測

本部疾病管制署持續強化傳染病個案通報系統、疫情資料倉儲系統、疫情調查系統等相關系統之功能，加強急性病毒性肝炎疫情監測，並蒐集疫情調查相關訊息。

策略三：提升高危險群民眾 B 型肝炎免疫力

配合相關宣導活動，建議透析及慢性末期腎病變患者、器官移植病人、長期接受血液製劑治療者及糖尿病等高風險群接受 B、C 型肝炎血清標記檢驗，於進行相關醫療處置前，若未接種過 B 型肝炎疫苗，亦未成為帶原者，建議接種 B 型肝炎疫苗以產生保護力。另對於新移民及移工，目前國內提供新移民孕婦產檢及其幼童接種各項常規疫苗，惟仍需宣導其他對象，若未接種 B 型肝炎疫苗亦未成為帶原者，建議接種自費 B 型肝炎疫苗，降低 B 型肝炎感染風險，若已為慢性 B 或 C 型肝炎患者，建議定期追蹤及治療。

策略四：辦理肝炎病毒檢驗品質管制作業

依據傳染病防治法第46條規定，傳染病檢驗結果，由中央主管機關或其指定、委託、認可之檢驗單位確定之。疾病管制署制定相關管理辦法推動實施，同時持續委託相關學術機構或由該署辦理檢驗單位指定、委託、認可事宜，以確保肝炎檢驗品質。

策略五：持續推動捐血者篩檢 B、C 型肝炎病毒之抗體及核酸，雙重檢驗把關血液安全

我國依循 WHO 規範，推動自願無償捐血制度，並訂定「捐血者健康標準」規範有關捐血者之捐血條件，提升血液安全；此外，全面篩檢 B、C 型肝炎病毒抗原或抗體，

並於2013年1月16日起，增加 B、C 型肝炎病毒核酸擴大檢驗 (NAT)，有效縮短檢驗空窗期並減少輸血後感染病毒之機率，同時確保我國捐血血液之安全。

策略六：落實醫療機構感染管制措施

1. 定期檢視及修訂醫療機構感染管制措施指引，對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的預防及處置訂有作業流程，並協助地方政府衛生局透過醫療機構督導考核或感染管制查核作業等外部稽核機制，督導轄區醫療機構落實感染管制措施。
2. 醫院透析單位之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄；對未感染 B、C 型肝炎之員工有定期追蹤檢查紀錄。

策略七：推動注射藥癮者清潔針具計畫

疾病管制署持續推動注射藥癮者愛滋減害計畫，提供國內藥癮者清潔針具領用及強化藥癮者衛教宣導（如：全程正確使用保險套之安全性行為），以降低藥癮者經由血液或性行為感染愛滋病及急性病毒性 B、C 型肝炎之風險。

策略八：提升 HIV 感染者肝炎防治知能

透過愛滋病指定醫院辦理愛滋病服務品質提升計畫，提升 HIV 感染者對於急性病毒性肝炎之疾病認知。

策略九：提升急性病毒性 C 型肝炎確定病例追蹤檢查之意願

補助地方政府衛生局加強急性病毒性 C 型肝炎確定病例之衛生教育，使其瞭解於發病6個月後應主動至醫院接受追蹤檢查、監控病程是否進展為慢性肝炎之重要性，以及早接受適當治療。

(二)推動 B 型及 C 型肝炎篩檢，並加強民眾對帶原、預防感染及定期追蹤治療之認知，並加強民眾健康識能

策略一：協助提升民眾對帶原及感染狀況之認知，如不確定自身帶原情形可至醫療院所抽血檢查 B、C 型肝炎。

方法一：檢視現有公版宣導與衛教 B、C 型肝炎防治資訊的內容與品質，以使用者為中心的原則，建置多元且符合民眾防治肝炎需求的健康資訊與資源，提供符合健康識能友善的肝炎防治資訊。發展肝炎帶原者與感染者的就醫提問單，協助患者有效醫病溝通，提升健康識能。

方法二：透過各種媒體衛教管道(如：廣播、車體廣告、商圈電視牆及雜誌等)，加強民眾認識 B、C 型肝炎，了解肝癌其實有 7 成是由 B、C 型肝炎導致的，並強調國民健康署推動 1966 年次或以後出生且滿 45 歲民眾搭配成人預防保健服務終身接受 1 次 B、C 型肝炎篩檢服務；以及針對 C 型肝炎高風險地區(雲嘉南地區)加強宣導。

方法三：放置衛教訊息。

方法四：宣導民眾預防 B、C 型肝炎感染、定期篩檢追蹤及治療概念；以及提醒脂肪肝及酒精性肝炎都有可能導致肝硬化及肝癌，民眾需要避免過度飲酒，並配合規律運動、健康飲食等習慣，維持健康體態，以遠離脂肪肝。

策略二：提升高危險群及一般民眾有關病毒性肝炎防治知能

方法一：疾病管制署補助地方政府衛生局分眾辦理防疫人員、高危險群及一般民眾等急性病毒性肝炎防治教育訓練及衛教活動，並與同志健康服務中心、愛滋病指定醫院及相關民間團體合作，提供同志族群、HIV 感染者、透析患者等疾病諮詢服務，以強化該等族群之罹病風險意識；此外，與肝炎防治民間團體合作，響應 WHO 每年 7 月 28 日「世界肝炎日」宣導主題及相關宣導活動，增加民眾對急性病毒性肝炎之預防認知，並適時更新網路衛教宣導教材。

方法二：持續辦理「全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案」，並積極提高照護率，透過醫師對 B 型及 C 型肝炎病人說明方案實施之目的及病人需配合定期回診等事項，並提供相關文宣資料予病

人參考，提高病人對疾病照護之識能。

方法三：推動 B、C 型肝炎高危險群接受篩檢，且於進行相關醫療處置前，若未接種過 B 型肝炎疫苗，亦未成為帶原者，建議接種 B 型肝炎疫苗以產生保護力，篩檢結果為慢性 C 型肝炎者，則轉介評估接受 C 肝口服新藥治療：

1. 建議洗腎中心全面定期篩檢透析病人的 anti-HBc、anti-HBs 及 C 肝檢驗（如 anti-HCV with Reflex to HCV RNA 或 to HCV Ag test）；針對慢性末期腎病變的患者，衛教於洗腎前可自費接種 B 型肝炎疫苗，慢性 C 型肝炎患者則建議轉介評估接受 C 肝口服新藥治療。
2. 建議接受器官移植病人於移植評估前接受 anti-HBc、anti-HBs 及 C 肝篩檢（如 anti-HCV with Reflex to HCV RNA 或 to HCV Ag test），慢性 C 型肝炎患者則建議視情況於移植前先轉介評估接受 C 肝口服新藥治療。
3. 建議長期接受血液製劑治療者（如血友病或地中海型貧血患者），於輸血前接受 B 型肝炎篩檢，並定期接受 C 肝篩檢（如 anti-HCV with Reflex to HCV RNA 或 to HCV Ag test），慢性 C 型肝炎患者則轉介評估接受 C 肝口服新藥治療。
4. 建議接受免疫抑制劑（如 Rituximab）治療之患者，於第一次治療前篩檢 anti-HBc、anti-HBs。
5. 建議多重性伴侶者、注射藥癮者、B 型肝炎帶原者或慢性 C 型肝炎患者之同住者或性伴侶、矯正機關收容人等族群接受 B、C 型肝炎篩檢，如未有保護性抗體亦未成為帶原者，建議自費施打 B 型肝炎疫苗，篩檢結果為慢性 C 型肝炎者，則轉介評估接受 C 肝口服新藥治療。
6. 建議新住民及外籍移工接受 B、C 型肝炎篩檢，對慢性 B 型或 C 型肝炎患者加強衛教，並對患有慢性 C 型肝

炎的新住民建議定期追蹤及轉介評估接受 C 肝口服新藥治療。

策略三：提供成人預防保健服務 B、C 型肝炎篩檢

方法一：持續辦理成人預防保健服務 B、C 型肝炎篩檢，以確知帶原及感染狀況。

方法二：將健保提供之 B、C 型肝炎檢驗資料納入成健 B、C 型肝炎篩檢資料，強化醫療機構端資訊查詢效能，提升篩檢利用率。

方法三：提供未篩及已篩名單供衛生局所下載查詢。

策略四：配合國家消除 C 肝政策及 2025 年治療 25 萬人目標，專案擴大辦理 B、C 型肝炎篩檢

方法一：強化 C 肝高盛行風險層級(4-7 級)較高地區篩檢量能，藉由可近性及精準性篩檢，找出更多需治療病人。

方法二：調整 B、C 型肝炎篩檢年齡及條件，與成健其他檢驗項目脫鉤執行，放寬篩檢年齡 45 歲至 79 歲民眾成人預防保健終身 1 次。

方法三：如民眾就醫時發現未接受篩檢，請醫療院所鼓勵民眾於就醫當次併同提供 B、C 型肝炎篩檢服務。

方法四：強化醫療機構篩檢及召回陽性個案追蹤服務，提供篩檢陽性適切追蹤管理服務。

策略五：推動 C 肝篩檢與轉介策略之研議及協調

方法一：研議國家全面性 C 型肝炎篩檢建議，包含一般族群、及各特殊族群之篩檢建議，提升一般族群民眾、及有 C 肝病毒暴露風險民眾對 C 肝篩檢的認識。

方法二：針對各種特性族群規劃適合之 C 肝篩檢策略，包含篩檢、診斷及轉銜治療過程，盤點現況與現有障礙、合作團隊與預期可找出之病人數，並訂立 C 肝篩檢策略優先順序及所需預算推估；可能之分群篩檢對象如下：

1. 高風險族群：

如透析病患、HIV 感染者、接受美沙冬等替代療法

者、矯正機關收容人等。

2. 一般民眾：

(1) 舊案召回(所有風險潛勢等級地區)：透過彙整現有 C 肝篩檢、診斷及治療相關資料庫而建立可能為 C 肝病人之名單，作為舊案召回名單，進行召回；

(2) 依各地區之 C 肝風險潛勢推動不同強度之 C 肝篩檢：

- i. 風險潛勢等級6-7級鄉鎮市區：屬高風險地區，建議有大規模篩檢活動或民眾主動接受篩檢。目前根據多個社區篩檢經驗，風險等級(6-7)相當有必要進行族群篩檢的必要。
- ii. 風險潛勢等級4-5級鄉鎮市區：屬中高風險層級，可能僅有該鄉鎮市區的部份村里為 C 肝的高盛行地區，建議先針對該鄉鎮市區進行初步普篩(如各村約50-100人)，以找出高盛行的村里，再進一步針對這些村里強加篩檢；若是原先即已得知其中的高盛行區域，可直接針對高盛行區域做族群篩檢。
- iii. 風險潛勢等級0-3級鄉鎮市區：可當作一般低風險地區，建議醫療院所運用就醫系統或健檢機構應用管理系統，警示有肝功能異常者或過去已知的 C 肝篩檢陽性個案，醫師主動告知民眾並轉介至肝膽胃腸科或消化系科就醫。亦建議可鼓勵民眾利用自身方便的管道篩檢 C 肝，例如民間團體辦理之篩檢活動、公司體檢或自費健檢...等，對於已知自身有 C 肝但尚未治療者，建議盡早至醫療院所就醫。此外，為避免低風險鄉鎮中有少數高盛

行村里被忽略，0-3級的低風險鄉鎮也應建立一定之篩檢策略以監測其中之高盛行村里。

(3) 一般族群大規模篩檢(Universal Screening)：若開放某年齡(如45歲)以上民眾皆可接受 C 肝篩檢，有利於提升整體篩檢率，並建立全國性 C 肝篩檢資料，便於確認篩檢狀態及後續個案管理，且可避免在籍不在戶者不能篩檢的問題。惟須預估接受篩檢人數(參考每年曾至醫院診所就診人數)及所需經費。

3. 其他特殊族群或與 C 肝病毒相關之共病族群：如孕婦、糖尿病病人、慢性腎病病人、末期腎臟病前期(pre-ESRD)病人等。

方法三：未來將運用癌症登記資料庫瞭解各區域的癌症期別分布比例，找出肝癌晚期比例較高、篩檢率較低的縣市，優先篩檢。

(三)加強 B、C 型肝炎陽性個案之後續追蹤及治療

策略一：提供高危險群(如男性、45歲以上、注射藥癮者、男男間不安全性行為者、HIV 感染者、矯正機關收容人、透析者等)慢性 B、C 型肝炎患者接受抗病毒治療及定期追蹤的機制

方法一：衛教成人預防保健及社區整合式篩檢發現之高危險群(如男性、45歲以上、注射藥癮者、紋身、男男間不安全性行為者、HIV 感染者、矯正機關收容人、透析者等)B 型肝炎帶原者或慢性 C 型肝炎感染者至醫療院所接受進一步治療或檢查。於孕婦手冊中增列一頁「孕婦 B 型肝炎檢查追蹤紀錄表」。俾利 B 型肝炎帶原孕婦於產檢後，由醫師於追蹤紀錄表填列，亦可提醒定期接受肝功能、超音波等檢查。

方法二：鼓勵特約醫療院所及縣市衛生局針對成人預防保健服務或整合式篩檢發現之 B、C 型肝炎感染患者，衛教其至醫療院所接受抗病毒治療或追蹤檢查。鼓勵醫療院所利用院所內現有之 B、C 型肝炎標記檢驗資料，提醒高危險群(如男性、45歲以上、注射藥癮者、男男間不安全性行為者、HIV 感染者、矯正機關收容人、透析者等)慢性 B、C 型肝炎就醫患者，接受抗病毒治療與定期追蹤檢查。中央健康保險署持續推動「全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案」，促使醫療院所針對院內發現之 B、C 型肝炎感染個案主動提供衛教資訊，並由醫師依病人情形轉介接受抗病毒治療或定期追蹤檢查。

方法三：對於 C 型肝炎個案於療程結束後是否持續納入給付改善方案，進行監測並評估相關管理措施。

策略二：加強高危險群(如男性、45歲以上、注射藥癮者、男男間不安全性行為者、HIV 感染者、矯正機關收容人、透析者等)B 型肝炎帶原者及慢性 C 型肝炎感染者定期接受追蹤檢查及抗病毒治療。

方法一：依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥品給付規定，提供 B 型肝炎帶原者及慢性 C 型肝炎感染者健保給付抗病毒治療用藥，並提升衛生局、醫療院所人員對肝炎治療及追蹤之瞭解，能適當衛教民眾。

方法二：利用適合不同性別、年齡、族群的大眾媒體加強宣導慢性 B、C 型肝炎患者保護肝臟相關訊息，如維持理想體重及運動的健康生活型態、戒絕菸酒及檳榔、避免食用含人工添加、醃漬、或有可能被黃麴毒素污染的食物，避免服用成分不明的藥物或偏方，以免增加肝臟負擔等，及強調慢性 B、C 型患者應進一步請醫師評估接受抗病毒治療並定期追蹤肝功能。

方法三：研擬放寬 B 型及 C 型肝炎用藥之處方資格。

方法四：對核心測量指標較差之醫療院所，了解原因並改善，以增進診療品質。經由診療共識，找出有助早期發現及治療肝癌的指標。

策略三：持續參考臨床醫學文獻及臨床專業意見，辦理 B 型及 C 型肝炎抗病毒用藥之給付規定修訂作業。

方法一：對於放寬 B 型肝炎口服抗病毒用藥給付規定之建議，徵詢相關專科醫學會意見後，於全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論給付規定修訂。

(四) 持續提升具醫療效益之癌症新藥可近性及 B、C 型肝炎資料庫整合

策略一：確保肝病相關癌症新藥納入健保給付具成本效益。

方法一：訂定高費用癌症藥品送審原則，納入符合我國國情之國內藥物經濟學研究報告資料，呈現新藥之成本效益等經濟評估及財務影響分析結果，以促進癌症藥品實證醫學，提升高費用癌症藥品給付之成本效益。

方法二：訂定風險分擔之藥品給付協議(MEA)機制，針對不同臨床效益藥品訂定多元風險分攤模式。

策略二：建立加速肝病相關之新藥納入健保給付之機制

方法一：建立前瞻性評估(Horizon scanning)機制，掌握預期納入健保體系之新藥，並對財務具有高度影響程度者評估其財務影響。

方法二：對於新藥收載建議案應檢附之文件，建立查檢清單(checklist)，以確定廠商備齊進行醫療科技評估所需之資料，加強醫療科技評估報告的品質及說服力，有助加速新藥的審議流程。

策略三：中央健康保險署鼓勵院所將檢驗檢查結果上傳雲端系統，並設立 B、C 型肝炎檢驗結果查詢頁籤，以供醫師就醫時

能及時掌握病人曾執行 B、C 型肝炎篩檢情形，及用藥治療紀錄，視病人情況提供必要之追蹤治療或衛教指導等。

- 策略四：疾病管制署協助建置之「B 型及 C 型肝炎篩檢資訊整合平臺」，每年彙集國民健康署之成人預防保健服務、台灣血液基金會之捐血者、該署疫情資料倉儲系統之急慢性病毒性 B、C 型肝炎通報病例等對象之檢驗資料，並整合地方政府衛生單位收集之孕婦產檢資料，提供中央與地方衛生單位依業務需求申請帳號，進行個案查詢及資料分析等運用。
- 策略五：盤點現有 B、C 型肝炎防治及照護之相關資料庫，包括可供界定 B、C 型肝炎高危險群(如 HIV 感染者、美沙冬替代治療者、矯正機關收容人等)或介入目標族群之資料庫、可獲知 B、C 型肝炎感染情形之資料庫、可獲知 B、C 型肝炎感染者後續診斷、轉介、及治療情形之資料庫(如健保資料庫)、可獲知 B、C 型肝炎感染者後續相關併發症發生率(併發症如肝硬化、肝癌、重要肝外疾病等，如健保資料庫、癌症登記檔)及死亡率(如死亡檔)之資料庫等，並擘劃各資料庫間可能之資訊回饋網絡機制。
- 策略六：推動 B、C 型肝炎防治資料回饋網絡機制，鼓勵各 B、C 型肝炎防治資料持有單位加入此資料回饋網絡機制，及盤點建置資料回饋網絡可能遇到之障礙。
- 策略七：利用 B、C 型肝炎防治資料回饋網絡機制，進行 C 型肝炎防治工作推動情形之監測，如各目標族群之篩檢涵蓋率、轉介率、治療率等，以促進 C 型肝炎防治工作的推動及進度掌握。
- 策略八：利用 B、C 型肝炎防治資料回饋網絡機制，進行 B、C 型肝炎防治工作長期成效評估研究。

(五) 進行探討代謝性肝病相關成因、機轉及治療方式之研究及介入方案

策略一：建立非酒精性脂肪肝病的診斷共識

方法一: 相關醫學會進行討論，取得共識

方法二: 建立代謝性肝病檢驗，轉介治療及追蹤處置流程

方法三: 彙整可以診斷非酒精性脂肪肝病或非酒精性脂肪肝炎

醫療院所的名單(如切片、磁振造影、肝纖維化掃描儀)

策略二：提升民眾對代謝性肝病的認知，運動及生活方式調適

方法一: 在醫療院所、公眾場合及媒體上加強宣導代謝性肝病的成因、病程、結果及預防

方法二: 鼓勵民眾養成健康生活型態，如規律運動、均衡飲食及避免酗酒，以避免肥胖，控制體重於正常範圍。

方法三: 提升民眾瞭解酒精對身體的危害。為加強國人對飲酒危害之認知，已透過各種媒體管道，如廣播、記者會等，提醒國人飲酒對健康之危害(包括肝炎、肝硬化及肝癌等)，並傳遞飲酒沒有安全量概念，提醒國人如要顧肝保健康，避免喝酒是最好的選擇。

方法四: 鼓勵醫院開設防治代謝性肝病門診，協助病人控制病情

伍、期程與資源需求

一、計畫期程

本計畫為第三期計畫，計畫期程為2021年至2025年。

二、所需資源說明

所需資源包含人力及經費(含經常門和資本門)，將因應國民健康狀況及民眾健康需求，逐步調整對各項工作之實施內容與預算。

三、經費來源及計算基準

本計畫將由本部公務預算、疫苗基金、菸害防制及衛生保健基金以及健保基金支應(如分年度經費需求)。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。

四、經費需求（含分年經費）及與中程歲出概算額度配合情形

國民健康署成人預防保健 B、C 型肝炎篩檢經費係由公務預算支應。

另，宣導費用係由健康署之菸害防制及衛生保健基金支應。為配合國家消除 C 肝政策及於 2025 年達成 25 萬人 C 肝治療目標，所預計應達成之篩檢目標數，係指在獲得充足預算挹注之前提下始能達成。

中央健康保險署 B、C 型肝炎追蹤及治療計畫預算，係屬於健保基金，需依全民健康保險醫院部門及西醫基層部門總額協商結果辦理，健保署將持續爭取預算執行。

疾病管制署於 2016 年至 2020 年依據行政院核定之「急性傳染病流行風險監控與管理計畫（第二期計畫 2016-2020 年）」推動急性病毒性肝炎防治業務，預定於 2021 年起賡續推動第三期計畫，該計畫編列急性病毒性肝炎防治相關經費，研擬執行策略同時整合相關資源併同推動防治工作。

另 B 型肝炎疫苗及 B 型肝炎免疫球蛋白之購置經費編列於疫苗基金「疫苗接種計畫」、醫療機構感染管制查核經費編列於「感染管制查核作業品質提升計畫」、注射藥癮者清潔針具計畫及辦理愛滋病指定醫院服務品質相關業務等，經費編列於「愛滋防治第六期五年計畫」，預定於 2022 年起推動「2030 消除愛滋第一期計畫（草案）」。

分年度經費需求表

單位：千元

項目	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年
(一)預防感染急性病毒性肝炎	93,377	106,085	105,713	105,395	105,123
1.預防感染急性病毒性肝炎	2,705	8,190	8,190	8,190	8,190
2.B 型肝炎疫苗及HBIG 購置費	66,472	74,130	74,130	74,130	74,130
3.辦理醫療機構感染管制查核相關業務	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200
4.推動注射藥癮者清潔針具計畫	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
5.辦理愛滋病指定醫院服務品質提升計畫相關業務	3,000	2,565	2,193	1,875	1,603
(二)推動 B、C 型肝炎篩檢，並加強民眾對帶原及感染狀況之認知	337,000	337,000	313,000	265,000	97,000
1.加強民眾對帶原及感染狀況之認知	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2.推動擴大 B、C 型肝炎篩檢工作	336,000	336,000	312,000	264,000	96,000

單位：千元

項目	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年
(三)加強 B、C 肝炎陽性個案之後續追蹤及治療	10,813,366	7,936,518	7,565,286	7,661,330	7,372,540
1.建立轉介或提供慢性 B、C 型肝炎患者接受抗病毒治療及定期追蹤的機制	42,400	44,500	46,800	49,100	51,600
2.持續辦理 B 型及 C 型肝炎患者接受抗病毒治療	10,769,966	7,891,018	7,517,486	7,611,230	7,319,940
2.1. B 型肝炎抗病毒用藥	4,049,966	4,348,018	4,682,486	5,060,230	5,489,940
2.2. C 型肝炎抗病毒用藥	6,720,000	3,543,000	2,835,000	2,551,000	1,830,000
3.代謝性肝病防治及宣導素材研發*	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
(四)持續辦理肝癌治療服務	11,370,707	11,832,774	12,313,617	12,814,000	13,334,717
總計	22,614,450	20,212,377	20,297,616	20,845,725	20,909,380
經費來源					
公務預算	362,905	367,955	343,583	295,265	126,993
疫苗基金	66,472	74,130	74,130	74,130	74,130
菸害防制及衛生保健基金	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000

單位：千元

項目	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年
健保基金	22,183,073	19,768,292	19,877,903	20,474,330	20,706,257

備註：*宣導經費另案編列支應。

陸、預期效果及影響

一、預期效果

- (一)透過多元管道加強衛生教育宣導，提升民眾預防感染肝炎病毒的知識及能力，以減少感染人數。
- (二)持續辦理 B 型肝炎母嬰垂直傳染相關防治策略，包括新生兒預防接種及 B 型肝炎帶原孕婦所生幼兒追蹤等，期以達到降低疫苗接種世代 B 型肝炎帶原率之目標。
- (三)持續辦理成人預防保健服務 B、C 型肝炎篩檢並提升篩檢利用率，使能在尚無症狀之疾病前期，早期發現並接受適當追蹤、治療等介入措施。
- (四)提升慢性 B、C 型肝炎感染者定期追蹤或接受治療的比率，以預防肝硬化及肝癌，進而減低因肝病死亡的人數。

二、計畫影響：預期國人慢性肝病、肝硬化及肝癌死亡率將逐年下降

柒、財務計畫

本計畫財源來自衛生福利部之公務預算、疫苗基金、菸害防制及衛生保健基金以及健保基金。藉由上述來源之政府編列預算，補助民眾由前端的預防至後續的治療等相關項目，包含孕婦 B 型肝炎檢測及新生兒 B 型肝炎疫苗接種、成人預防保健 B、C 型肝炎篩檢及 B、C 型肝炎篩檢陽性患者之追蹤及治療，故無法向民眾收取部份負擔或其他自償性方式獲取財源。上述經費除用於中央主辦機關理之上述病毒性肝炎防治工作，並補助縣市地方政府及民間團體辦理相關衛教宣導工作，透過中央、地方與民間團體合作

以強化計畫執行成效。本部未來將持續辦理病毒性肝炎防治工作，為配合國家消除 C 肝政策及於2025年達成25萬人 C 肝治療目標，所預計應達成之篩檢目標數，係指在獲得充足預算挹注之前提下始能達成。B、C 型肝炎患者追蹤及治療部分亦持續於各部門總額爭取預算執行，期能透過計畫之執行，以減低後續肝病之發生與死亡，促進國人健康。

捌、附則

一、 替選方案之分析及評估

依本部相關司署業務權責辦理。

二、 風險評估

國內 B 型肝炎及 C 型肝炎感染人數眾多，目前 C 型肝炎尚無疫苗，而已接種 B 型肝炎疫苗或免疫球蛋白的世代，仍無法完全預防 HBeAg 陽性母親所生小孩之母嬰垂直感染風險，且該族群易成為帶原者。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」(如表2)及「風險影響程度分類表」(如表3)，B 型肝炎及 C 型肝炎感染在風險機率方面評估為「幾乎確定」發生，如本計畫持續推行，並達成計畫所訂目標，包含篩檢率提升、篩檢陽性轉介率、照護率提升及治療率提升，可使 B 型肝炎患者病情控制率達8成、C 型肝炎患者治癒率達7-9成，則影響程度為「輕微」。

表2、風險發生機率分類表－機率之敘述

風險機率分級			
等級及可能性	幾乎不可能(1)	可能(2)	幾乎確定(3)
機率之描述	發生機率0%~40%； 只會在特殊的情況下發生。	發生機率 41%~60%；有些 情況下會發生。	發生機率61%以 上；在大部分的情 況下會發生。

表3、風險影響程度分類表-影響之敘述

等級	影響程度	衝擊或後果	形 象	社會反應
3	非常嚴重	高度危機	政府形象受損	要求追究行政院行政責任
2	嚴重	中度危機	衛生福利部形象 受損	要求追究衛生福利部行政 責任
1	輕微	低度危機	各單位形象受損	要求追究執行單位行政責任

影響程度	風險分布		
非常嚴重 (3)			
嚴重 (2)			
輕微 (1)			B 型肝炎及 C 型 肝炎感染
	幾乎不可能 (1)	可能 (2)	幾乎確定 (3)
	發生機率		

圖 10、本部風險圖像

三、 有關機關配合事項

四、 中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表(附件 1、2)

五、 其他有關事項

計畫執行甘特圖暨分工表 (如表4)。

表4、甘特圖暨分工表

工作項目	年度執行進度					主辦單位	協辦單位
	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年		
(一)預防感染急性病毒性肝炎							
維持嬰幼兒B型肝炎疫苗高接種率，並加強B型肝炎帶原孕婦所生幼兒滿1歲之抽血篩檢與追加接種						本部疾病管制署	地方政府衛生局
強化急性病毒性肝炎監測						本部疾病管制署	地方政府衛生局、醫療及檢驗機構
提升高危險群（包括注射藥癮者、透析患者等）及一般民眾有關病毒性肝炎防治知能						本部疾病管制署	地方政府衛生局
辦理急性病毒性肝炎檢驗品質管制作業及推動捐血血液之安全						本部疾病管制署	醫療及檢驗機構
落實醫療機構感染管制措施						本部疾病管制署	地方政府衛生局
推動注射藥癮者清潔針具計畫						本部疾病管制署	地方政府衛生局
辦理愛滋病指定醫院服務品質提升計畫，確保愛滋病指定醫院照護品質						本部疾病管制署	地方政府衛生局、愛滋病指定醫院

工作項目	年度執行進度					主辦單位	協辦單位
	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年		
加強高風險族群(如注射藥癮者、紋身或洗腎者等)B、C型肝炎治療						本部中央健康保險署	
(二)推動 B、C 型肝炎篩檢，並提升民眾對帶原及感染狀況之認知							
加強民眾對帶原及感染狀況之認知						本部國民健康署	疾病管制署、中央健康保險署、地方政府衛生局、NGO
推動及擴大 B、C 型肝炎篩檢工作						本部國民健康署、國家消除 C 肝辦公室	地方政府衛生局、NGO
(三)加強 B、C 型肝炎陽性個案之後續追蹤及治療							
建立轉介或提供慢性 B、C 型肝炎患者(含高危險群)接受抗病毒治療及定期追蹤的機制						本部中央健康保險署	醫療院所
衛教 B 型肝炎帶原者及慢性 C 型肝炎感染者定期接受追蹤檢查或抗病毒治療						本部中央健康保險署	醫療院所

工作項目	年度執行進度					主辦單位	協辦單位
	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年		
持續辦理 B 型及 C 型肝炎患者(含高危險群)接受抗病毒治療						本部中央健康保險署	醫療院所
(四)持續辦理肝癌治療服務及 B、C 型肝炎資料庫整合						本部中央健康保險署、本部疾病管制署	國民健康署、國家消除 C 肝辦公室、醫療院所、地方政府衛生局、NGO
(五)代謝性肝炎防治						本部國民健康署	中央健康保險署、醫療院所、地方衛生局、NGO

附件 1、中長程個案計畫自評檢核表

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
1、計畫書格式	(1)計畫內容應包括項目是否均已填列(「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」(以下簡稱編審要點)第 5 點、第 12 點)	V		V		
	(2)延續性計畫是否辦理前期計畫執行成效評估,並提出總結評估報告(編審要點第 5 點、第 13 點)	V		V		
	(3)是否依據「跨域增值公共建設財務規劃方案」之精神提具相關財務策略規劃檢核表?並依據各類審查作業規定提具相關書件		V		V	
2、民間參與可行性評估	是否填寫「促參預評估檢核表」評估(依「公共建設促參預評估機制」)		V		V	
3、經濟及財務效益評估	(1)是否研提選擇及替代方案之成本效益分析報告(「預算法」第 34 條)		V		V	
	(2)是否研提完整財務計畫	V		V		
4、財源籌措及資金運用	(1)經費需求合理性(經費估算依據如單價、數量等計算內容)	V		V		
	(2)資金籌措:依「跨域增值公共建設財務規劃方案」精神,將影響區域進行整合規劃,並將外部效益內部化		V		V	
	(3)經費負擔原則: a.中央主辦計畫:中央主管相關法令規定 b.補助型計畫:中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法、依「跨域增值公共建設財務規劃方案」之精神所擬訂各類審查及補助規定	V		V		
	(4)年度預算之安排及能量估算:所需經費能否於中程歲出概算額度內容納加以檢討,如無法納編者,應檢討調減一定比率之舊有經費支應;如仍有不敷,須檢附以前年度預算執行、檢討不經濟支出及自行檢討調整結果等經費審查之相關文件	V		V		
	(5)經資比 1:2(「政府公共建設計畫先期作業實施要點」第 2 點)		V		V	
	(6)屬具自償性者,是否透過基金協助資金調度		V		V	
5、人力運用	(1)能否運用現有人力辦理	V		V		
	(2)擬請增人力者,是否檢附下列資料: a.現有人力運用情形 b.計畫結束後,請增人力之處理原則 c.請增人力之類別及進用方式		V		V	

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
	d.請增人力之經費來源					
6、營運管理計畫	是否具務實及合理性(或能否落實營運)		V		V	
7、土地取得	(1)能否優先使用公有閒置土地房舍		V		V	
	(2)屬補助型計畫，補助方式是否符合規定(中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法第10條)		V		V	
	(3)計畫中是否涉及徵收或區段徵收特定農業區之農牧用地		V		V	
	(4)是否符合土地徵收條例第3條之1及土地徵收條例施行細則第2條之1規定		V		V	
	(5)若涉及原住民族保留地開發利用者，是否依原住民族基本法第21條規定辦理		V		V	
8、風險管理	是否對計畫內容進行風險管理	V		V		
9、環境影響分析 (環境政策評估)	是否須辦理環境影響評估		V		V	
10、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	V		V		
11、無障礙及通用設計影響評估	是否考量無障礙環境，參考建築及活動空間相關規範辦理		V		V	
12、高齡社會影響評估	是否考量高齡者友善措施，參考WHO「高齡友善城市指南」相關規定辦理		V		V	
13、涉及空間規劃者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		V		V	
14、涉及政府辦公廳舍興建購置者	是否納入積極活化閒置資產及引進民間資源共同開發之理念		V		V	
15、跨機關協商	(1)涉及跨部會或地方權責及財務分攤，是否進行跨機關協商		V		V	
	(2)是否檢附相關協商文書資料		V		V	
16、依碳中和概念優先選列節能減碳指標	(1)是否以二氧化碳之減量為節能減碳指標，並設定減量目標		V		V	
	(2)是否規劃採用綠建築或其他節能減碳措施		V		V	
	(3)是否檢附相關說明文件		V		V	
17、資通安全防護規劃	資訊系統是否辦理資通安全防護規劃	V		V		

主辦機關核章：承辦人

單位主管

首長

主管部會核章：研考主管

會計主管

首長

附件 2、中長程個案計畫性別影響評估檢視表【一般表】

【第一部分—機關自評】：由機關人員填寫

【填表說明】各機關使用本表之方法與時機如下：

一、計畫研擬階段

- (一) 請於研擬初期即閱讀並掌握表中所有評估項目；並就計畫方向或構想徵詢作業說明第三點所稱之性別諮詢員（至少 1 人），或提報各部會性別平等專案小組，收集性別平等觀點之意見。
- (二) 請運用本表所列之評估項目，將性別觀點融入計畫書草案：
 - 1、將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節。
 - 2、將達成性別目標之主要執行策略納入計畫書草案之適當章節。

二、計畫研擬完成

- (一) 請填寫完成【第一部分—機關自評】之「壹、看見性別」及「貳、回應性別落差與需求」後，併同計畫書草案送請性別平等專家學者填寫【第二部分—程序參與】，宜至少預留 1 週給專家學者（以下稱為程序參與者）填寫。
- (二) 請參酌程序參與者之意見，修正計畫書草案與表格內容，並填寫【第一部分—機關自評】之「參、評估結果」後通知程序參與者審閱。

三、計畫審議階段：請參酌行政院性別平等處或性別平等專家學者意見，修正計畫書草案及表格內容。

四、計畫執行階段：請將性別目標之績效指標納入年度個案計畫管制並進行評核；如於實際執行時遇性別相關問題，得視需要將計畫提報至性別平等專案小組進行諮詢討論，以協助解決所遇困難。

註：本表各欄位除評估計畫對於不同性別之影響外，亦請關照對不同性傾向、性別特質或性別認同者之影響。

計畫名稱：國家肝炎及肝癌防治計畫(2021-2025 年)—2025 消除 C 肝

主管機關 (請填列中央二級主管機關)	衛生福利部	主辦機關(單位) (請填列提案機關/單位)	國民健康署
-----------------------	-------	--------------------------	-------

壹、看見性別：檢視本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性，並運用性別統計及性別分析，「看見」本計畫之性別議題。

評估項目	評估結果
<p>1-1【請說明本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性】</p> <p>性別平等相關法規與政策包含憲法、法律、性別平等政策綱領及消除對婦女一切形式歧視公約(CEDAW)可參考行政院性別平等會網站(https://gec.ey.gov.tw)。</p>	<p>1. 本計畫依據「傳染病防治法」，為杜絕傳染病之發生、傳染及蔓延，訂定傳染病防治政策及計畫，及依據「癌症防治法」，整合運用醫療保健資源，有效推動癌症防治工作，減少癌症威脅，維護國民健康。</p> <p>2. 落實「經濟社會文化權利國際公約」第 12 條，使國人享有享受可能達到之最高標準之身體與精神健康之權利。</p> <p>3. 落實「消除對婦女一切形式歧視公約」(CEDAW)第 12 條第 1 項(女性生育保健的權利)，及第 12 條第 2 項(懷孕及分娩的照護)，以及「性別平等政策綱</p>

	<p>領」健康、醫療與照顧篇具體行動措施（二）2.(1)擴大供給面參與增加民眾就醫可近性，提高危險群、特殊族群民眾有關病毒性肝炎防治知能及B、C型肝炎篩檢與免疫力。</p> <p>及（二）2.(3)各類疾病篩檢應於確保病患隱私及自主之情形下，營造性別友善環境並尊重多元性別價值。</p>
評估項目	評估結果
<p>1-2【請蒐集與本計畫相關之性別統計及性別分析（含前期或相關計畫之執行結果），並分析性別落差情形及原因】</p> <p>請依下列說明填寫評估結果：</p> <p>a. 歡迎查閱行政院性別平等處建置之「性別平等研究文獻資源網」（https://www.gender ey.gov.tw/research/）、「重要性別統計資料庫」（https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/）（含性別分析專區）、各部會性別統計專區、我國婦女人權指標及「行政院性別平等會—性別分析」（https://gec ey.gov.tw）。</p> <p>b. 性別統計及性別分析資料蒐集範圍應包含下列3類群體：</p> <p>①政策規劃者（例如：機關研擬與決策人員；外部諮詢人員）。</p> <p>②服務提供者（例如：機關執行人員、委外廠商人力）。</p> <p>③受益者（或使用者）。</p> <p>c. 前項之性別統計與性別分析應盡量顧及不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者，探究其處境或需求是否存在差異，及造成差異之原因；並宜與年齡、族群、地區、障礙情形等面向進行交叉分析（例如：高齡身障女性、偏遠地區新住民女性），探究在各因素交織影響下，是否加劇其處境之不利，並分析處境不利群體之需求。前述經分析所發現之處境不利群體及其需求與原因，應於後續【1-3 找出本計畫之性別議題】，及【貳、回應性別落差與需求】等項目進行評估說明。</p> <p>d. 未有相關性別統計及性別分析資料時，請將「強化與本計畫相關的性別統計與性別分析」列入本計畫之性別目標（如 2-1 之 f）。</p>	<p>1. 本計畫研議過程中，召開多次會議邀請有關機關(構)代表、相關領域之學者及專家，並提報「衛生福利部肝癌及肝炎防治會」，參與人員不同性別者之性別比例不低於1/3原則。</p> <p>2. 本計畫亦呈現相關性別統計：國人肝癌標準化發生率與死亡率、急性B、C型肝炎病例統計、肝癌個案之B、C型肝炎病毒感染情形。</p> <p>肝癌發生與死亡統計 肝癌居國人常見癌症發生率第5位，發生人數為11,225人（男性7,800人，女性3,425人），標準化死亡率為每十萬人口29.3人（男性43.5人，女性16.2人）；108年死因統計肝癌死亡率居第2位，死亡人數為7,881人（男性5,363人，女性2,518人），標準化死亡率為每十萬人口18.8人（男性28.1人，女性10.5人）。</p> <p>急性B、C型肝炎病例統計 自73年至109年9月全國急性B型肝炎的確定病例數共達6,048人，包含男性3,996人及女性2,052人；急性C型肝炎的確定病例數共達4,311人，包含男性3,011人及女性1,300人。</p> <p>肝癌個案之B、C型肝炎病毒感染情形 於100-106年患有肝癌的男性，</p>

	約有 47% 的人為 B 型肝炎帶原者，25% 為慢性 C 型肝炎感染者；患有肝癌的女性，約有 24% 的人為 C 型肝炎帶原者，49% 為慢性 C 型肝炎感染者。
評估項目	評估結果
<p>1-3【請根據 1-1 及 1-2 的評估結果，找出本計畫之性別議題】</p> <p>性別議題舉例如次：</p> <p>a. 參與人員</p> <p>政策規劃者或服務提供者之性別比例差距過大時，宜關注職場性別隔離（例如：某些職業的從業人員以特定性別為大宗、高階職位多由單一性別擔任）、職場性別友善性不足（例如：缺乏防治性騷擾措施；未設置哺乳室；未顧及員工對於家庭照顧之需求，提供彈性工作安排等措施），及性別參與不足等問題。</p> <p>b. 受益情形</p> <p>① 受益者人數之性別比例差距過大，或偏離母體之性別比例，宜關注不同性別可能未有平等取得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動），或平等參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會）。</p> <p>② 受益者受益程度之性別差距過大時（例如：滿意度、社會保險給付金額），宜關注弱勢性別之需求與處境（例如：家庭照顧責任使女性未能連續就業，影響年金領取額度）。</p> <p>c. 公共空間</p> <p>公共空間之規劃與設計，宜關注不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者之空間使用性、安全性及友善性。</p> <p>① 使用性：兼顧不同生理差異所產生的不同需求。</p> <p>② 安全性：消除空間死角、相關安全設施。</p> <p>③ 友善性：兼顧性別、性傾向或性別認同者之特殊使用需求。</p> <p>d. 展覽、演出或傳播內容</p> <p>藝術展覽或演出作品、文化禮俗儀典與觀念、文物史料、訓練教材、政令/活動宣導等內容，宜注意是否避免複製性別刻板印象、有助建立弱勢性別在公共領域之可見性與主體性。</p> <p>e. 研究類計畫</p> <p>研究類計畫之參與者（例如：研究團隊）性別落差過大時，宜關注不同性別參與機會、職場性別友善性不足等問題；若以「人」為研究對象，宜注意研究過程及結論與建議是否納入性別觀點。</p>	<p>綜合 1-1 及 1-2 評估結果，確認本計畫性別議題包含以下幾點：本計畫於研擬、修正過程，係透過跨部門會議，定期召開「衛生福利部肝癌及肝炎防治會」會議，由衛生福利部就有關機關(構)代表、相關領域之學者及專家共同研商討論，針對本計畫規劃與執行予以檢討，參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與。</p>
貳、回應性別落差與需求： 針對本計畫之性別議題，訂定性別目標、執行策略及編列相關預算。	
評估項目	評估結果
<p>2-1【請訂定本計畫之性別目標、績效指標、衡量標準及目標值】</p> <p>請針對 1-3 的評估結果，擬訂本計畫之性別目標，並為衡量性別目標達成情形，請訂定相應之績效指標、衡量標準及目標值，並</p>	<p><input type="checkbox"/> 有訂定性別目標者，請將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節，並於本欄敘明計畫</p>

納入計畫書草案之計畫目標章節。性別目標宜具有下列效益：

a. 參與人員

- ① 促進弱勢性別參與本計畫規劃、決策及執行，納入不同性別經驗與意見。
- ② 加強培育弱勢性別人才，強化其領導與管理知能，以利進入決策階層。
- ③ 營造性別友善職場，縮小職場性別隔離。

b. 受益情形

- ① 回應不同性別需求，縮小不同性別滿意度落差。
- ② 增進弱勢性別獲得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動）。
- ③ 增進弱勢性別參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會，表達意見與需求）。

c. 公共空間

回應不同性別對公共空間使用性、安全性及友善性之意見與需求，打造性別友善之公共空間。

d. 展覽、演出或傳播內容

- ① 消除傳統文化對不同性別之限制或僵化期待，形塑或推展性別平等觀念或文化。
- ② 提升弱勢性別在公共領域之可見性與主體性（如作品展出或演出；參加運動競賽）。

e. 研究類計畫

- ① 產出具性別觀點之研究報告。
- ② 加強培育及延攬環境、能源及科技領域之女性研究人才，提升女性專業技術研發能力。

f. 強化與本計畫相關的性別統計與性別分析。

g. 其他有助促進性別平等之效益。

書草案之頁碼：

■ 未訂定性別目標者，請說明原因及確保落實性別平等事項之機制或方法。

1. 計畫中有關急性 B、C 型肝炎控制係為落實傳染病防治法，依據相關實證研究結果，進行問題評析，據以制定防治政策及策略，未因性別而有不同。
2. 健保署「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」、「全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案」，保險對象只要符合條件均可由醫療院所進行收案、追蹤及治療，健保支付方式及內容均無涉性別，保險對象只要符合條件均可由醫療院所進行收案、追蹤及治療。
3. 成人預防保健服務符合 B、C 型肝炎篩檢、慢性 B、C 型肝炎患者接受健保服務之照護治療，急性病毒性肝炎防治之相關資源依疾病控制需要而配置，不因性別而有不平等獲取機會。

評估項目

評估結果

2-2【請根據 2-1 本計畫所訂定之性別目標，訂定執行策略】

請參考下列原則，設計有效的執行策略及其配套措施：

a. 參與人員

- ① 本計畫研擬、決策及執行各階段之參與成員、組織或機制（如相關會議、審查委員會、專案辦公室成員或執行團隊）符合任一性別不少於三分之一原則。
- ② 前項參與成員具備性別平等意識/有參加性別平等相關課程。

b. 宣導傳播

- ① 針對不同背景的目標對象（如不諳本國語言者；不同年齡、族群或居住地民眾）採取不同傳播方法傳布訊息（例如：透過社區公布欄、鄰里活動、網路、報紙、宣傳單、APP、廣播、電視等多元管道公開訊息，或結合婦女團體、老人福利

有訂定執行策略者，請將主要的執行策略納入計畫書草案之適當章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼：

■ 未訂執行策略者，請說明原因及改善方法：

本計畫因係針對依據相關實證研究結果進行全部性別提供服

或身障等民間團體傳布訊息)。

- ②宣導傳播內容避免具性別刻板印象或性別歧視意味之語言、符號或案例。
- ③與民眾溝通之內容如涉及高深專業知識，將以民眾較易理解之方式，進行口頭說明或提供書面資料。

c. 促進弱勢性別參與公共事務

- ①計畫內容若對人民之權益有重大影響，宜與民眾進行充分之政策溝通，並落實性別參與。
- ②規劃與民眾溝通之活動時，考量不同背景者之參與需求，採多元時段辦理多場次，並視需要提供交通接駁、臨時托育等友善服務。
- ③辦理出席民眾之性別統計；如有性別落差過大情形，將提出加強蒐集弱勢性別意見之措施。
- ④培力弱勢性別，形成組織、取得發言權或領導地位。

d. 培育專業人才

- ①規劃人才培訓活動時，納入鼓勵或促進弱勢性別參加之措施（例如：提供交通接駁、臨時托育等友善服務；優先保障名額；培訓活動之宣傳設計，強化歡迎或友善弱勢性別參與之訊息；結合相關機關、民間團體或組織，宣傳培訓活動）。
- ②辦理參訓者人數及回饋意見之性別統計與性別分析，作為未來精進培訓活動之參考。
- ③培訓內涵中融入性別平等教育或宣導，提升相關領域從業人員之性別敏感度。
- ④辦理培訓活動之師資性別統計，作為未來師資邀請或師資培訓之參考。

e. 具性別平等精神之展覽、演出或傳播內容

- ①規劃展覽、演出或傳播內容時，避免複製性別刻板印象，並注意創作者、表演者之性別平衡。
- ②製作歷史文物、傳統藝術之導覽、介紹等影音或文字資料時，將納入現代性別平等觀點之詮釋內容。
- ③規劃以性別平等為主題的展覽、演出或傳播內容（例如：女性的歷史貢獻、對多元性別之瞭解與尊重、移民女性之處境與貢獻、不同族群之性別文化）。

f. 建構性別友善之職場環境

委託民間辦理業務時，推廣促進性別平等之積極性作法（例如：評選項目訂有友善家庭、企業托兒、彈性工時與工作安排等性別友善措施；鼓勵民間廠商拔擢弱勢性別優秀人才擔任管理職），以營造性別友善職場環境。

g. 具性別觀點之研究類計畫

- ①研究團隊成員符合任一性別不少於三分之一原則，並積極培育及延攬女性科技研究人才；積極鼓勵女性擔任環境、能源

務，而未訂定性別目標及訂定性別的執行策略。包含：

1. 透過各種媒體衛教管道（如：廣播、車體廣告、商圈電視牆及雜誌等），及於本部國民健康署、疾病管制署網站、Line、Facebook等推動B型及C型肝炎篩檢，並加強民眾對帶原、預防感染及定期追蹤治療之認知及民眾健康識能（p32-33）。
2. 提升高危險群及一般民眾有關病毒性肝炎防治知能，及高危險群民眾B型肝炎免疫力，如：血液透析及慢性末期腎病變患者、器官移植病人、長期接受血液製劑治療者及糖尿病等（p33-34）。
3. 建議新住民及外籍移工接受B、C型肝炎篩檢，對慢性B型或C型肝炎患者加強衛教，並對患有慢性C型肝炎的新住民建議定期追蹤及轉介評估接受C肝口服新藥治療（p34）。
4. 加強B、C型肝炎陽性個案之後續追蹤及治療，提供高危險群（如男性、45歲以上、注射藥癮者、男男間不安全性行為者、HIV感染者、監獄受刑人、血液透析者等）慢性B、C型肝炎患者接受抗病毒治療及定期追蹤的機制（p36-38）
5. 進行探討代謝性肝病相關成因、機轉及治療方式之研究及介入方案（p38）。

與科技領域研究類計畫之計畫主持人。
 ②以「人」為研究對象之研究，需進行性別分析，研究結論與建議亦需具性別觀點。

評估項目	評估結果
<p>2-3【請根據 2-2 本計畫所訂定之執行策略，編列或調整相關經費配置】</p> <p>各機關於籌編年度概算時，請將本計畫所編列或調整之性別相關經費納入性別預算編列情形表，以確保性別相關事項有足夠經費及資源落實執行，以達成性別目標或回應性別差異需求。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有編列或調整經費配置者，請說明預算額度編列或調整情形： 本計畫的執行項目，主要為預防感染急性病毒性肝炎、推動 B、C 型肝炎篩檢及加強民眾對帶原及感染狀況之認知、加強 B、C 型肝炎陽性個案之後續追蹤及治療，為配合國家消除 C 肝政策及於 2025 年達成 25 萬人 C 肝治療目標，故編列追蹤治療費用約達 97%。</p> <p><input type="checkbox"/>未編列或調整經費配置者，請說明原因及改善方法：</p>

【注意】 填完前開內容後，請先依「填表說明二之（一）」辦理【第二部分—程序參與】，再續填下列「參、評估結果」。

參、評估結果
 請機關填表人依據【第二部分—程序參與】性別平等專家學者之檢視意見，提出綜合說明及參採情形後通知程序參與者審閱。

3-1 綜合說明	在醫界、公衛及學界與政府聯手合作下，近年來肝癌的年齡標準化發生率及死亡率已呈現下降趨勢，本部將持續推動肝癌、肝炎的防治工作。	
3-2 參採情形	3-2-1 說明採納意見後之計畫調整（請標註頁數）	業參考委員意見，進一步說明可能因素，填寫於 p12
	3-2-2 說明未參採之理由或替代規劃	未來將持續監測與分析性別的差異。

3-3 通知程序參與之專家學者本計畫之評估結果：
 已於 年 月 日將「評估結果」及「修正後之計畫書草案」通知程序參與者審閱。

- 填表人姓名：游惠茹 職稱：技正 電話：02-25220888*792 填表日期：109年9月25日
- 本案已於計畫研擬初期 徵詢性別諮詢員之意見，或 提報各部會性別平等專案小組（會議日期：年 月 日）
- 性別諮詢員姓名：王秀紅 服務單位及職稱：高雄醫學大學護理學院院長/副校長 身分：符合中長程個案計畫性別影響評估作業說明第三點第一款（如提報各部會性別平等專案小組者，免填）
 （請提醒性別諮詢員恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開計畫草案）

【第二部分—程序參與】：由性別平等專家學者填寫

程序參與之性別平等專家學者應符合下列資格之一：

1. 現任臺灣國家婦女館網站「性別主流化人才資料庫」公、私部門之專家學者；其中公部門專家應非本機關及所屬機關之人員（人才資料庫網址：<http://www.taiwanwomencenter.org.tw/>）。
2. 現任或曾任行政院性別平等會民間委員。
3. 現任或曾任各部會性別平等專案小組民間委員。

(一) 基本資料

1. 程序參與期程或時間	109年9月30日至109年9月30日
2. 參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	1. 姓名職稱：王秀紅考試委員、教授 2. 服務單位：考試院、高雄醫學大學 3. 專長領域：婦女健康與性別議題、高齡長期照護、社區衛生與健康促進、護理教育、健康政策
3. 參與方式	<input type="checkbox"/> 計畫研商會議 <input type="checkbox"/> 性別平等專案小組 <input checked="" type="checkbox"/> 書面意見

(二) 主要意見（若參與方式為提報各部會性別平等專案小組，可附上會議發言要旨，免填 4 至 10 欄位，並請通知程序參與者恪遵保密義務）

4. 性別平等相關法規政策相關性評估之合宜性	合宜
5. 性別統計及性別分析之合宜性	合宜
6. 本計畫性別議題之合宜性	合宜
7. 性別目標之合宜性	無性別目標
8. 執行策略之合宜性	合宜
9. 經費編列或配置之合宜性	合宜
10. 綜合性檢視意見	<p>一、本案為「國家肝炎及肝癌防治計畫(2021-2025年)-2025消除C肝」計畫草案。因應環境及生活型態改變，依據傳染病防治法研議中長期計畫，藉由完善防治策略，降低B、C型肝炎感染率及死亡率；並整合運用醫療保健資源，推動癌症防治工作。</p> <p>二、計畫在研擬政策規畫過程之主要參與人員、有關機關(構)代表相關領域之學者及專家等，皆遵循任一性別參與比例不得低於三分之一原則。</p> <p>三、計畫已相關性別統計，包括：</p>

1. 肝癌標準化發生率與死亡率：肝癌為常見癌症發生率第 5 位，發生人數為 11,225 人，其中男性 7,800 人，女性 3,425 人。而 108 年死因統計肝癌死亡率居第 2 位，死亡人數為 7,881 人，其中男性 5,363 人，女性 2,518 人。
 2. 急性 B、C 型肝炎病例統計：73 年至 109 年 9 月全國急性 B 型肝炎確定病例數共 6,048 人，其中男性 3,996 人，女性 2,052 人；急性 C 型肝炎確定病例數共 4,311 人，其中男性 3,011 人，女性 1,300 人。
 3. 肝癌個案之 B、C 型肝炎病毒感染情形：100-106 年患有肝癌的男性，約有 47% 的人為 B 型肝炎帶原者，25% 為慢性 C 型肝炎感染者；患有肝癌的女性，約有 24% 的人為 C 型肝炎帶原者，49% 為慢性 C 型肝炎感染者。
- 四、計畫預計透過不同媒體管道進行衛教，加強民眾認知及健康識能，以提升高危險群及一般民眾有關病毒性肝炎防治知能，及高危險群民眾 B 型肝炎免疫力。並建議新住民及外籍移工接受 B、C 型肝炎篩檢，對慢性 B 型或 C 型肝炎患者加強衛教並對患有慢性 C 型肝炎的新住民建議定期追蹤及轉介評估接受 C 肝口服新藥治療。另外，加強 B、C 型肝炎陽性個案之後續追蹤及治療，提供高危險群(如男性、45 歲以上、注射藥癮者、男男間不安全性行為者、HIV 感染者、監獄受刑人、血液透析者等)慢性 B、C 型肝炎患者接受抗病毒治療及定期追蹤的機制。進行探討代謝性肝病相關成因、機轉及治療方式之研究及介入方案。

- 五、針對計畫內容，研擬與性別相關之議題，包括：計畫參與人員、受益情形、公共空間之使用性、安全性、友善性、展覽、演出或傳播內容、具性別觀點之研究計畫等性別相關執行策略及其配套措施。在相關公共空間與環境規劃，於涉及女性與男性等性別相關權益，提供足夠之性別友善環境及安全的空間。
- 六、整體而言，計畫之內容及執行方式，不因不同性別、性傾向或性別認同者而產生不良結果或影響。建議：未來除了提供各項性別統計資料外，對於統計資料的差異性，宜進一步分析，並提出說明和解決策略方向，例如計畫書第 12 頁：「於 100-106 年患有肝癌的

	<p>男性，約有 47%的人為 B 型肝炎感染者，25%為慢性 C 型肝炎感染者；患有肝癌的女性，約有 24%的人為 B 型肝炎感染者，49%為慢性 C 型肝炎感染者。」可再進一步分析性別的差異。</p>
<p>(三) 參與時機及方式之合宜性</p>	<p>合宜</p>
<p>本人同意恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開所評估之計畫草案。 (簽章，簽名或打字皆可) <u>王秀紅</u></p>	