

癌症控制

——从理论到行动

世界卫生组织行动规划指南

规划



世界卫生组织

中国疾病预防控制中心
慢性非传染性疾病预防控制中心

编译



人民卫生出版社

癌症控制

——从理论到行动
世界卫生组织行动规划指南

规 划

编 译 中国疾病预防控制中心
慢性非传染性疾病预防控制中心

主 审 王临虹 殷 鹏

主 译 王宝华 何民富

译 者 (按姓氏笔画排序)

王 宁 (中国疾病预防控制中心 慢性非传染性疾病预防控制中心)

王宝华 (中国疾病预防控制中心 慢性非传染性疾病预防控制中心)

丛 舒 (中国疾病预防控制中心 慢性非传染性疾病预防控制中心)

包鹤龄 (中国疾病预防控制中心 慢性非传染性疾病预防控制中心)

冯雅靖 (中国疾病预防控制中心 慢性非传染性疾病预防控制中心)

何民富 (中国疾病预防控制中心 慢性非传染性疾病预防控制中心)

殷 鹏 (中国疾病预防控制中心 慢性非传染性疾病预防控制中心)



世界卫生组织

Published by the World Health Organization in 2006 under the title *Cancer Control Knowledge into Action WHO Guide for Effective Programmes Planning*.

© World He

世界卫生组织授权出版



人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

癌症控制：从理论到行动：世界卫生组织行动规划指南.
规划 / 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心
中心编译. —北京：人民卫生出版社，2012.7

ISBN 978-7-117-16000-1

I. ①癌… II. ①中… III. ①癌 - 预防 (卫生) - 方针
政策 - 世界 IV. ① R730.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 127299 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医 师、卫生资格考试培训

版权所有，侵权必究！

癌症控制

——从理论到行动

世界卫生组织行动规划指南
规划

编 译：中国疾病预防控制中心 慢性非传染性疾病预防控制中心

出版发行：人民卫生出版社（中继线 010-59780011）

地 址：北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编：100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线：010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷：中国农业出版社印刷厂

经 销：新华书店

开 本：787×1092 1/16 印张：3

字 数：77千字

版 次：2012 年 7 月第 1 版 2012 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号：ISBN 978-7-117-16000-1/R · 16001

定 价：12.00 元

打击盗版举报电话：010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

（凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换）

介绍

癌症控制系列

很多手段可以避免癌症发生。一方面许多癌症可以预防，部分癌症能够在早期诊断，并且可以治愈；另一方面，即使在癌症晚期，也能够通过多种手段减少癌症病痛，延缓癌症扩散进程，帮助患者及患者家属应对癌症。

癌症是全球死亡的主要诱因之一。世界卫生组织预计，2005年760万人死于癌症，如不采取任何癌症控制行动，未来10年还将有8 400万人因癌症而失去生命。70%以上癌症死亡发生在中、低收入国家，这些国家可用于癌症预防、诊断、治疗的资源极其有限，甚至某些国家根本不具备控制癌症的资源。

因为许多有关癌症的宝贵知识在实践中不断得到应用，通过四个基本的癌症控制环节（包括：预防、早期诊断、治疗、姑息治疗），各国家都可以在一定程度上预防癌症、治疗癌症、缓解癌症患者病痛。

《癌症控制——从理论到行动 世界卫生组织行动规划指南》是针对如何倡导癌症控制，如何规划癌症控制项目，如何有效实施癌症控制项目的一系列丛书，该书包括六个部分，主要用于向项目管理者、决策者提供行之有效的建议。



规划

指导项目管理者，如何根据可用资源，结合其他慢性项目疾病项目及癌症相关问题，制定全面有效的癌症控制规划。



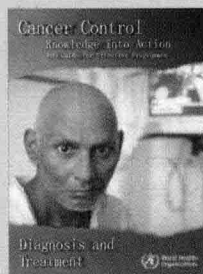
预防

指导项目管理者，如何通过控制主要癌症危险因素，有效预防癌症的发生。



早期检测

指导项目管理者，如何通过早期检测筛查，对大多数癌症实施有效的早期诊断识别。



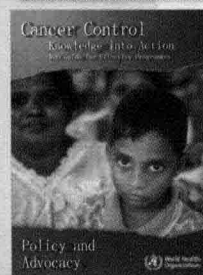
诊断和治疗

指导项目管理者，结合早期诊断项目以及可治愈癌症，如何有效地实施癌症诊断治疗。



姑息治疗

指导项目管理者，以社区关怀为基础，如何有效开展癌症的姑息治疗。



政策和倡导

指导中层决策者和项目管理者，如何开发国家癌症控制项目政策，如何有效实施癌症控制项目。

WHO 指南是根据 2005 年 5 月“世界卫生大会”关于癌症预防控制决策出台的。大会号召所有成员国家加强抗击癌症，发展强化癌症控制项目。该指南建立在《国家癌症控制项目重点建设：政策、管理指南与慢性疾病预防》等 WHO 有效癌症控制政策基础之上。

癌症控制致力于减少癌症发生、发病、死亡，针对癌症控制的预防、早期诊断、治疗、姑息治疗各个环节，通过系统实施以证据为基础的干预措施，改善特定人群中癌症患者的生存质量。全面癌症控制不仅能够满足不同危险胁迫人群需求，制订个性化方案，还可以同时兼顾解决全民癌症防控问题。

控制癌症的几个环节

预防

癌症预防，特别当癌症预防与慢性疾病预防、癌症相关问题（如：生殖健康、乙肝免疫、HIV/AIDS、职业环境卫生）结合时，不仅为公共卫生管理提供了广泛的潜力，同时还为控制癌症提供了性价比极高的长期措施。目前人类已经掌握的知识可以预防全部癌症种类的 40%。此外，研究发现大多数癌症与吸烟、非健康饮食、感染相关（见预防篇）。

早期诊断（早期检查）

在癌症发病初期进行诊断检查，治愈癌症的潜力极高（比如：宫颈癌初期、乳腺癌初期，早期确诊后治疗，治愈潜力极高）。干预措施同样也能促进早期诊断，并且使得近三成病患得到有效治疗。（见早期诊断篇）

早期诊断的两个策略：

- **早期诊断**，病人首先能够识别癌症早期信号和症状，然后向卫生服务工作者咨询，卫生工作者会向患者推荐恰当的确诊及治疗方法；
- **面向无症状健康人群的全国性无临床症状筛查**，检查癌症前期出现的组织损伤，安排病人转诊实施诊断治疗。

癌症治疗

癌症治疗旨在依照规范流程确诊癌症后，治愈癌症恶疾、延长患者寿命、改善病人余生生活质量。结合早期诊断，根据以证据为基础的护理标准，提高治疗方案效果。即使是对治疗反应剧烈的癌症患者（如：严重白血病患者、淋巴瘤患者）也能从治疗和延长生存时间中受益。癌症治疗的主要目的是使遭受癌症损伤的患者恢复健康，改善他们的生存质量（见诊断和治疗篇）。

姑息治疗

姑息治疗的目的在于满足病人的需求，减轻并发症给他们带来的身心痛苦，通过姑息治疗尤其可以满足那些处于癌症晚期、治愈几率极低、面临死亡的癌症患者的需求。在情感、精神、社会关系、家庭经济等方面，癌症以及治疗过程都给患者和患者家属带来了一系列的沉重负担。从确诊之日起，姑息治疗能为他们提供服务，改善他们的生存质量，帮助他们提高应对这些沉重负担的能力（见姑息治疗篇）。

尽管癌症已成为全球公共卫生问题，但是许多政府仍然没有将癌症控制纳入公共卫生管理工作日程当中。造成这一现象的原因是受利益团体需求的干扰，公共卫生管理系统更愿意优先选择解决其他卫生问题，而不是从成本-效益和承受能力出发，选择满足广大群众的需求的公共卫生问题。

通常暴露在癌症危险因素（如：环境致癌物、吸烟环境、嗜酒、感染等）的人群都是低收入弱势群体，这些人对政策制定的影响力小、接受卫生服务的机会少、受教育程度又不高，因此非常有必要赋予这些群体一定的权力。

癌症控制的基本原则

● 领导

制定清晰、统一的目标，鼓励团队建设，扩大参与者范围，项目建设进程责任制，持续研究决策效果。

● 利益相关者

为保证项目利益起见，实现重要操作者的承诺，确保利益相关者参与每个相关环节的各个水平的决策过程。

● 构建合作伙伴

通过与多学科、多部门合作，同合作伙伴建立互信，提高项目工作效率。

● 从群众需求出发

当群众面临癌症威胁或者已经罹患癌症时，不断向他们提供护理关怀，能够满足他们在心理、身体以及精神方面的需求。

● 决策

综合筛查研究证据、社会价值体系、资源利用效益各方面因素，制定决策方案，有助于项目按照可持续性、公正性原则惠及项目目标人群。

● 控制方法系统化

通过实施完整的癌症控制项目，使控制方法系统化，能够统一项目各环节的工作目标，使癌症控制项目与其他相关项目以及公共卫生系统得以有效整合。

● 不断寻求更完善的方案

不断寻求新的方法，通过改革创新，最大化项目绩效，解决社会、文化不同所产生的各种分歧，解决因环境变化产生的新需求、新挑战。

● 阶梯方法

根据本土需求和概况，采取阶梯法规化、实施干预工作（见下一页，应用于癌症控制的WHO慢性疾病预防控制阶梯框架）。

WHO 阶梯框架

1

计划第一步

我们的现状如何？

调查当前面临的癌症问题，调查当前癌症控制服务及癌症控制项目的状况。

2

计划第二步

我们预期的目标是什么？

制定、确立政策，明确目标人群、项目目标，制定长期实施的癌症优先干预措施。

3

计划第三步

我们如何实现这些目标？

确立实施项目措施的具体步骤。

规划制定阶段之后，紧接着就是政策措施实施阶段：

1. 实施第一步 核心内容

根据已有资源和政策实施项目。

2. 实施第二步 拓展内容

通过增加项目资源、资源再分配，实施项目中期可行方案。

3. 实施第三步 理想内容

当有额外资源补充时，实施额外资源可以支撑的干预政策。

目 录

关键信息	1
计划前期	3
是否需要制定新的癌症控制规划?	3
如果需要规划癌症控制, 应该由谁来倡导?	5
如何拟定战略规划	5
计划步骤 1: 我们的现状如何?	11
评价癌症问题	12
评价已有癌症控制规划, 及其当前实施的癌症控制活动	15
国家自我测评	20
计划步骤 2: 我们预期的目标是什么?	22
确定目标人群	22
确定差距	23
设定目标	23
评价干预的可行性	24
设定优先领域	24
计划步骤 3: 我们如何实现这些目标?	28
争取必需资源	32
多学科、多部门合作	32
建立监测和评估机制	32
启动和传播癌症控制规划	33
从政策到执行	33
结论	36
参考文献	37
致谢	38

关键信息

规划包括：

“正确理解机构历史，系统考察机构环境，严格评价机构任务，明确定义机构目标，描绘实现目标的技术路线，系统全面的收集信息、建议、观点以及直觉知识——这些是定义目标的基础。要认识到规划是永远不会结束的。”

来源：Taylor E. *Trick or treat (or why plan?)*

(<http://www.nea.gov/resources/Lessons/TAYLOR.HTML>, accessed 18 May 2006).

癌症控制规划对任何满足癌症防控需求的资源配置过程都必不可少，利用配置的防控资源，通过预防、早期发现、治疗、关怀癌症患者，最终达到癌症防控的目的。本篇旨在解决癌症控制规划的基本问题，具体讨论如何判断是否需要制定癌症控制规划。如果需要，那么如何制定癌症控制战略。

重要定义

什么是规划？

☐ 规划是在限定时间框架下实现特定目标的一系列活动。

☐ “优秀的规划就像一张路线图：既能告诉你终点在哪里，又能告诉你到达终点的最佳路线。”

Judd HS. H. Stanley Judd Quotes (http://en.thinkexist.com/quotes/h._stanley_judd/ accessed 18 May 2006).

对规划和实施癌症控制的人员来说，关键信息包括以下内容：

- ▣ 完整全面的癌症控制战略能够使有限的资源得以平衡、高效、公正地利用。
- ▣ 高质量规划癌症控制的前提是，理解癌症控制背景，了解癌症控制既往经验，不断学习癌症控制知识。
- ▣ 以目标为导向，以人为核心，一切从实际出发，通过共同参与精心筹划的癌症控制规划，才更容易得以高效实施。
- ▣ 在资源配置水平低的地区，逐步实施“小规模、可承担、低成本、侧重优先领域”的干预规划，更容易推动癌症控制的有效运行。

WHO 癌症网页中提供了本篇使用的各种实用工具

<http://www.who.int/cancer>



什么是项目？

项目是指根据计划方案，在限定的时间框架内，利用有限的（包括人力、物力、资金）资源，有组织、系统化地实施规划内容的行为。

什么是规划过程？

规划是指以系统、完整的决策形式，产生明确清晰方案的程式化过程。未来的工作也是控制规划应该考虑的重要环节（Mintzberg, 1994）。

计划前期

即使在资源有限的地区，癌症控制规划通过精心设计，也可以实现可持续性运行。缺少精心设计，癌症控制规划可能面临资源浪费的风险，人群能从资源中获得的收益也会被人们忽视。

多个国家制定了国家癌症控制规划，提供了很好的如何实施的模型，见

<http://www.who.int/cancer>



是否需要制定新的癌症控制规划？

目前，全球没有任何一个国家不存在癌症威胁的问题。即使资源匮乏的国家，都不同程度的开展着癌症控制活动。由此可见，任何国家和地区都需要实施有效的癌症控制规划，都需要启动癌症控制规划。更新现行癌症控制规划的原因如下：

- ▣ 本国或本地区还没制定癌症控制规划，此外，普遍认为癌症的危险因素已成为或正逐渐成为本国或本地区的重要公共卫生问题，需要实施系统化、组织化的癌症控制行动解决这些公共卫生问题；
- ▣ 根据癌症控制状况，癌症控制规划已经不适应当前需求（如：癌症控制规划已经运行十多年，已经不能满足现实要求）；
- ▣ 现行癌症控制规划不能实现预期目标，在某种程度上，现行癌症控制规划存在局限性、脱离现实性、效率低下性、不公正性，已不能满足不同利益相关者的需求；
- ▣ 现行癌症控制规划尽管合理，但是因为时局变化（如：国家有改革卫生部门的设想），需要实施更完善、更有效的癌症控制规划。

Maria Saloniki,
United Republic of
Tanzania

玛丽娅记不清她曾经就诊过当地多少家诊所；在两次接受住院治疗时，她也记不清咨询过多少位临床医生；她更记不清她曾经抱怨过多少次她的痛苦，记不清曾经多少次向朋友祈求安慰。玛丽娅足足消耗了三年时间，才搞清楚自己罹患乳腺癌，而且当医生确诊时，她已经处于乳腺癌晚期，治愈的几率微乎其微。

玛丽娅只是达累斯萨拉姆海洋之路癌症研究所（坦桑尼亚唯一一家条件十分有限，医务人员不足、设备短缺的癌症专科医院）30名癌症患者中的一员。玛丽娅只是坦桑尼亚每年确诊的24000名晚期癌症患者中的一员。但幸运的是，她也是能接受癌症研究所治疗的2400名癌症患者中的一员。

坦桑尼亚政府已经意识到癌症是一项重要的公共卫生问题，1997年坦桑尼亚卫生部批准实施癌症控制规划，随后多项工作逐步实施以改善该国的癌症状况。然而到了规划的后期，似乎25年来该国癌症问题毫无变化。因此促使决策层寻找癌症控制工作中的误区，寻求解决癌症控制问题的新方法。

坦桑尼亚联合共和国获得了难得的机会，在过去实施的癌症控制规划基础上，通过内容调整改革，使癌症控制工作更加行之有效。正如WHO指导手册中推荐的策略，各国均可以采取逐步实施的方法，开展可防范的癌症危险因素预防、针对少数高发癌症实施早期诊断和治疗等工作，并逐步向患者提供姑息治疗。

来源：Ngoma TA. 2000年12月4~8日，日内瓦，WHO成员工作会议，坦桑尼亚癌症控制报告。其他信息由海洋之路癌症研究所的执行主管T.Ngoma提供。

她的故事

玛丽娅，坦桑尼亚的一位60岁家畜饲养者，同时她也是一位抚育了10个孩子的母亲。一天早晨，当她开始工作时，发现自己的腋下多出了一个肿块，随后三年多的时间里，她就一直这样生活着。

如果需要规划癌症控制，应该由谁来倡导？

确实需要制定或更新癌症控制规划时，应该由谁来倡导呢？

没有外部刺激，事物一般不会发生变化。通过影响决策层，国内外的一些机构可以承担外部激发的任务，倡导制定新的癌症控制规划。一些重要国际机构，比如世界卫生组织，国际抗癌联盟（UICC），就具有影响政府决策层、倡导改革的潜力，使决策层意识到各国家都有制定癌症控制规划的需求。

为了引导国家和地区改善癌症控制状况，首先应该确定那些具有决策权的领导人员，并且催促他们采取癌症控制措施。以智利为例，WHO 官员支持智利开展群众游行，提倡卫生部设置国家癌症控制协调员、指定国家癌症控制委员会、开发癌症控制规划、实施癌症控制阶梯方案。

决策者必须反复确认新的癌症控制规划能与其他相关项目结合，最大限度的利用可调动资源，避免昂贵的单一癌症控制项目。

如何拟定战略规划

国家领导者一旦决定制定或更新癌症控制规划，而且没有任何人提出异议，那么就可以立刻启动癌症控制规划进程。癌症控制规划过程作为一个系统的模块，包括：投入、过程、产出、反馈、结果等模块（见图 1）。

癌症控制的规划过程必须和能够获得成功的癌症控制规划匹配。不能在合理时间范围内实施的癌症控制规划，是失败的规划。

制定癌症控制规划有双重益处：一，通过这一工作，能够确定癌症控制规划；二，参与癌症控制规划制定的人员，可以从策划中获得知识及合作经验，并将这些知识和经验运用到未来新癌症控制的实施工作当中。

癌症控制规划制定工作包括三个基本步骤（即针对关键问题，依照可靠证据，提供解决问题的方法）：

计划步骤 1:

我们的现状如何?

计划步骤 2:

我们预期的目标是什么?

计划步骤 3:

我们如何实现这些目标?

第三步包括两个深层问题:

我们如何确认是否实现了目标?

我们通过什么方法追踪实现目标的过程?

癌症控制规划过程是一个循环的过程，通过一次又一次的循环往复，规划过程能够得到提炼完善。因此，规划过程和实施过程往往有很多内容重复，实施过程可能会重复规划过程的某些步骤。比如，规划过程第二步确定优先领域时，很可能要对特定区域开展的宫颈癌筛查工作进行重新组织。再次开展宫颈癌筛查工作时，又肯定会重复规划过程中第一步的工作内容，即深入评估服务区域的状况，根据评估结果实施最佳解决方案。

我们正处于一个信息化的社会，变化转瞬即逝，很难判断未来都可能发生什么变化。因此，癌症控制规划过程应该保持灵活性，灵活地应对各种始料未及的变化和问题。此外，随着新知识、新技术、新客户需求的不涌现，癌症控制规划还应该及时更新，不断调整。

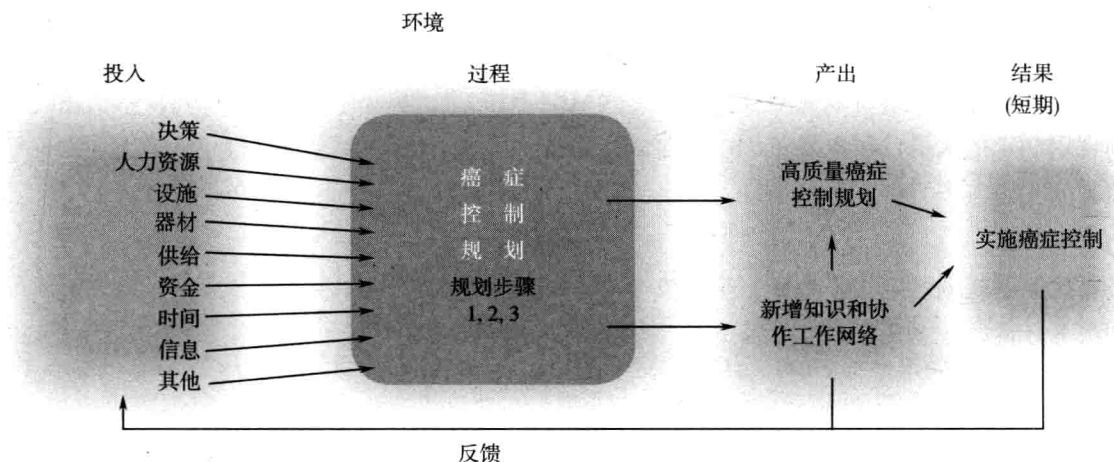


图 1 癌症控制规划过程

加拿大

“自下而上型”规划
案例

加拿大癌症控制战略是“自下而上型”以联邦政府为背景，包含深度协作的癌症控制规划过程的典型案例。

经过一年的探讨，通过咨询 250 多名癌症幸存者、医学专家、卫生联盟专家的意见，才最终得到了规划报告。

由加拿大省级癌症协会高级执行管理者、加拿大癌症协会、加拿大国家癌症研究所、加拿大卫生部组成筹划指导委员会指导规划过程。该过程具有协商性、多管辖区参与性、癌症幸存者观点融入性、时间限定性等特点。

规划工作主要由一个小型的高效团队完成。该团队主要负责撰写开发咨询报告，包括为利益相关者撰写意见回馈。完整的工作团队一般包括：国家卫生机构代表、肿瘤相关专家、癌症幸存者以及监督工作团队进程的主席。通过这些成员，工作团队开展工作，确定规划中的差距和规划中共同关注的领域，开发整体战略。

协商会议的目的是，获得备受关注性的输入、重要的意见，以及就应该采取的优先行动取得一致意见。协商工作的参与者应该包括：（联邦级、省级、地区级）卫生管理部门、癌症治疗中心、社区癌症服务者、护理人员、患者以及群众。邀请多种团体参与的目的是确保政策决策者、患者都能够参与到讨论协商工作中。

来源：加拿大癌症控制战略（http://cancercontrol.org/home_csc.html，accessed 15 May 2006）。其他信息由加拿大癌症控制战略管理委员会主任 S. Sutcliffe 提供。

优秀的癌症控制规划应该可实施评估，还应该包括：

- ☐ 所有利益相关者的参与；
- ☐ 含有疾病负担和已经启动的癌症控制工作方面的数据；
- ☐ 设定目标；
- ☐ 选择干预的人群和战略；
- ☐ 在规划实施过程中，与其他规划结合；
- ☐ 进行规划实施的资源；
- ☐ 监测和评估。

这些是美国疾病预防控制中心开发的州规划索引（Butterfoss 和 Dunet，2005；Dunet 等，2005）中用于评价规划质量的主要组成部分，该索引已经被用于肥胖控制工作。

以下网站为您提供更多参考信息；

http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/apr/04_0089.htm

http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/apr/04_0090.htm



谁来开发癌症控制规划？

哪些人，通过什么方式，在什么阶段，参与到癌症控制规划工作中？

回答上面的问题应该参考各国的国情。许多方面，（比如人力资源培训、社会、文化、政治、经济、技术方面的因素）都能影响挑选参与者工作，此外还影响这些人参与癌症控制规划的途径。

一般而言，“自下而上”规划过程是最为可取的，该规划过程能够确保，从始至终所有促进规划有效实施的人员都能参与其中。（参照加拿大案例）。

“自下而上型”的项目规划一般不太好实施，尤其当规划与政府有文化冲突或者只有赋予政府规划所有权才能得到新的资源时，“自下而上型”的规划方法就更不好实施了。然而，包括广泛参与的“自上而下型”规划也是有可能的（参照中国案例）。

规划开发过程包括以下几个阶段：准备、起草、精炼、回顾、沟通和市场、预算和实施。表1展示了具体的各个阶段，以及每个阶段的成果（产品）和利益相关者（参与者）。

此外，美国疾病预防控制中心（CDC）及其合作伙伴，还共同开发了一个实用规划模型——积木式综合癌症控制规划，该规划能够适用各种社会经济背景（CDC，2002）。

CDC模型（见表2）提供了在松散秩序下执行的特殊活动。前四个积木式结构（包括：提升基础结构、动员赞助、利用数据和研究、创建合作关系）为规划工作树立根基，为整个过程提供强健的基础。第六个积木式结构——评估活动，应该从规划早期就开始实施，而且贯穿规划过程始终。

第五个积木式结构（癌症负担评价与处理）描述了如何撰写可实施、可评估的规划。应当注意，如果过早实施、或者缺少一个积木式结构，很可能导致规划既不能实施，也无法评估。

中国

“自上而下型”规划案例

中国的癌症控制规划是“自上而下型”规划的一个案例。中国从2002年起开始设计《中国癌症预防与控制规划纲要（2004—2010）》，并于2003年正式实施。中国是一个采用中央政府管理模式的中低收入国家，目前，癌症死亡占中国死亡率的20%，并且癌症致死位居榜首。以往，中国主要采取治疗手段解决癌症问题，忽视了预防在癌症控制中的重要性。

受癌症发病呈上升趋势的警示，中国卫生部疾病预防控制局启动了癌症控制规划工作。该工作核心团队通过与其他疾病预防控制规划工作密切合作，开发癌症控制规划。规划开发过程中遇到的主要问题是，使规划目标与规划优先点统一。通过努力，他们最终找到了切实可行的解决方案。2003年6月，该规划方案被公布在网上，供公众评论。与此同时，他们还通过邮件向全国60位专家征求意见。2003年8月，卫生部领导和相关专家参加研讨会，通过了最终的规划草案。

规划中的优先领域包括：预防（比如：烟草控制、乙肝疫苗接种、职业危险因素控制）；早期检测和主要癌症治疗（子宫肌瘤、宫颈癌、乳腺癌、胃癌、肝癌、鼻咽癌、结直肠癌）；恢复和姑息治疗；扩大癌症人口登记。实施规划过程中所面临的最大问题是执行两年一次早期检测、大众教育的资金不足，幸运的是，不断有资金赞助该工作实施。

来源：《中国癌症预防与控制规划纲要（2004—2010）》（<http://www.chinacancernet.org.cn/links/english.html>, accessed 18 May 2006）。其他信息由中国卫生部疾病预防控制局副局长孔灵芝提供。

表1 癌症控制规划开发的各个阶段、成果和潜在参与者

阶段	成果	参与者
准备	- 确定组织结构 - 启动规划建议 - 评估可调动资源	小型行动团队
起草	起草控制规划 计划步骤 1: 我们的现状如何? 比如, 评估: 癌症负担、癌症控制、癌症环境背景 计划步骤 2: 我们预期的目标是什么? 比如, 确定目标、目标群体、优先领域 计划步骤 3: 我们如何实现目标? 行动计划 我们如何确认是否已经实现目标? 我们使用什么方法跟踪进程?	- 执行团队 - 规划工作组 - 癌症委员会 - 特殊任务团队 - 服务性企业 - 咨询
精炼	整合反馈的草案	大规模参议团队
回顾	最终癌症控制规划	- 外部专家团和咨询团 - 执行团队 - 规划工作组
沟通和市场	- 传播发布癌症控制规划 - 公众及政府意见	- 执行团队 - 特殊任务团队
预算	规划启动和实施的 actual 成本	- 执行团队 - 财务顾问
实施	国家相关权威采纳 (批准)	政府 (卫生部)

表2 积木式综合癌症控制规划的贡献

积木式结构	贡献
1. 增强基础设施	发展和增强基础设施, 以满足启动综合癌症控制的要求, 使癌症控制规划工作步入正轨, 推进规划进程
2. 动员支持	规划工作启动、支撑规划实施工作、制度化实施过程, 都需要募集资金支持
3. 数据和资源利用	利用数据和研究成果, 设定优先领域, 发展规划战略, 确保决策过程有据可依、有理可辩
4. 创建合作关系	必须将合作团队打造成为合作伙伴范围广、支持规划和实施的合作关系
5. 癌症负担评估和处理	癌症负担评估和处理是综合癌症控制工作的基础, 它得到了其他五个积木式结构的工作支持。同样通过广泛的合作关系、增强基础结构、动员支持、利用数据和研究成果、评估, 也可以促进开展癌症负担的评估处理工作
6. 评估	评估工作必须既能够检测规划成果, 又能够确保持续的改进规划工作