



# TAIWAN TOBACCO CONTROL ANNUAL REPORT 2014

103 年 | 臺灣菸害防制年報 |

世界衛生組織菸草控制綱要公約締約方： **1 7 7**



**TAIWAN TOBACCO CONTROL  
ANNUAL REPORT 2014**

**103 年 | 臺灣菸害防制年報 |**



## 目錄

署長序	004
前言	006

# 1

## 減少菸品需求

008

### 非價格措施

009

#### ● 無菸支持環境

009

縣市營造無菸環境	009
降低健康不平等	010
無菸校園	011
無菸軍隊	018
無菸社區	022
無菸職場	023
無菸醫院	026

#### ● 菸盒警示圖文

030

#### ● 宣導與培訓

033

菸害防制宣導與成效	033
年輕族群參與反菸	
主題活動	033
縣市菸害防制宣導	036

菸害防制法檢舉與申訴專線	036
菸害防制法執法人員訓練	038
縣市菸害防制工作考評	039
縣市菸害防制交流工作坊	039

#### ● 禁止菸品廣告、 促銷及贊助

041

稽查取締違規菸品廣告或促銷	041
菸害防制法稽查處分	042

#### ● 戒菸服務

047

戒菸共同照護網	047
二代戒菸服務	048
戒菸服務人員訓練	053
戒菸專線服務	061
戒菸班	065
2012 QUIT & WIN 戒菸就贏結果	066

### 價格措施

070

#### ● 菸品健康福利捐 評估

070

#### ● 推動菸捐調漲修 法之必要性

071

#### ● 推動菸捐調漲之 具體做法

074

# 2

## 減少菸品供應

080

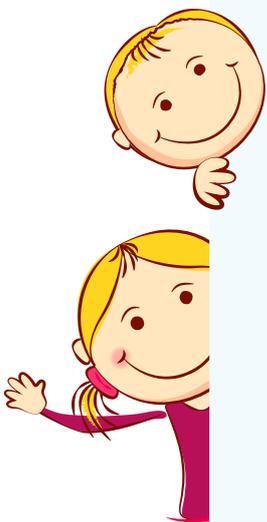
#### ● 菸害防制法執法成效評價

081

22 縣市實地考評	081
-----------	-----

#### ● 防制菸品非法貿易

086





### 3

## 研究、監測與國際交流

088

### ● 研究、監測

089

國人吸菸行為調查

089

青少年學生吸菸行為調查

094

菸品訊息監測

102

菸品銷售量監測

105

### ● 菸品成分管制與規定

107

菸品檢測暨研究發展

107

菸品資料申報

108

### ● 國際交流

109

菸害防制政策研究之國際合作

109

參與世界衛生組織菸草控制綱要公約

110

菸害防制國際研討會議

111

### 4

## 結語

114

### 5

## 附錄

115

### ● 菸害防制法

115

### ● 國內外菸害防制相關網站

120

### ● 菸害防制法修法大事紀

121



# 你戒菸，全家戒二手菸 共同營造無菸生活環境

## 菸品是國人健康的頭號殺手

菸品不但會造成癌症，還會導致心臟病、中風、胎兒異常，其二手菸、三手菸亦會危及周遭人及民衆的健康。菸害在臺灣每年造成至少 2 萬人死亡，對個人、家庭與社會傷害甚鉅。菸害防制法新規定自 2009 年 1 月 11 日實施迄今已滿 5 年，在各縣市與各部會共同努力下，18 歲以上成年人吸菸率已從 2008 年的 21.9%，下降至 2013 年的 18.0%，推估 5 年約減少 54 萬吸菸人口；禁菸公共場所二手菸暴露率由 2008 年的 23.7% 降至 2013 年的 9.2%；家庭二手菸暴露自 2008 年的 27.2% 下降至 2013 年的 25.2%。整體而言，成人吸菸率、禁菸公共場所二手菸暴露，均得到控制，但家庭二手菸的問題仍待解決。

## 二代戒菸—全人照護、全程關懷、全面啓動，助您好戒

為降低吸菸率，除了預防開始吸菸，更要協助吸菸者打消吸菸的念頭，提供有效的臨床戒菸方法，達成戒菸目的。除了戒菸專線、校園、軍隊、職場等場域之戒菸服務外，2012 年 3 月 1 日起推出「實施二代戒菸治療試辦計畫」，參考各國實證醫學文獻資料，與各領域之專家、學者及戒菸服務實務經驗豐富者，多次研議並轉譯、設計一個具全人、全程及全面之臺灣二代戒菸政策。全人照護：降低戒菸障礙，透過戒菸藥物減緩戒斷過程可能面臨的不適，更於 2012 年 9 月 1 日起開放戒菸藥局、戒菸衛教師認證，以行為、認知模式等衛教技巧，提供吸菸者專業的諮商與支持，落實全人（生理、心理、社會及心靈）戒菸照護。全程關懷：依照吸菸者的個別狀況合理用藥並重視衛教外，3 個月及 6 個月也有專人主動以電話或面對面進行後續追蹤與輔導，維持戒菸意志力、提高戒菸成功率。全面啓動：透過醫療院所橫向整合門診、住院、急診，與藥局作為社區化的「戒菸好厝邊」，並結合戒菸衛教師團隊、主動出擊，補助每人每年 2 個療程（每療程 8 週）的戒菸藥物治療及衛教服務，戒菸藥物比照健保收費，每次只需付 20%、最高 200 元的藥品部分負擔，醫療資源缺乏地區可再減免 20%，低收入戶及山地暨離島地區全免，對於弱勢民衆特別有意義。

## 多元戒菸服務與宣導

在戒菸專線方面，自 2003 ~ 2013 年提供電話諮詢量達 812,480 人次，2003 ~ 2013 年個案管理量達 192,459 人次；歷年整體滿意程度均超過 80%，且多次諮商戒菸成功率超過 30%。另外透過製作戒菸廣告、託播媒體廣告、印製戒菸手冊、宣導慢性阻塞性肺病與吸菸危害等，鼓勵吸菸者戒菸，並辦理年輕族群反菸創作徵選，以「勇氣」的概念提倡「I am cool, NO SMOKING」的理念，



呼籲年輕人不要嘗試吸菸，清楚傳達菸害、反菸、拒菸之相關訊息；以及透過校園串聯活動、官方網站及 Facebook、YouTube 等社群網站宣傳，增加青少年對於菸害之認識。近 9 成的受訪民衆認為禁菸規定實施後，無菸環境有改善，三分之二以上表示知道相關單位有提供戒菸服務，顯示持續的宣導已有相當效益。

## 無菸醫院的豐碩成果

2013 年是臺灣無菸醫院發展成果豐碩的一年！我國於 2011 年成立全球無菸醫院網絡第 1 個亞太地區網絡，至 2013 年止，不到 3 年的時間，全臺已擴展至 147 家醫院加入無菸醫院網絡，並且於 2013 年 4 月，經過全球激烈的競爭與無菸醫院推動最佳實證的考評，全球僅有 7 家醫院，臺灣就有 4 家醫院獲頒「2013 全球無菸醫院國際金獎認證」。



## 提高菸價是降低吸菸率最有效的策略

世界衛生組織建議，提高菸價為全球防治慢性病最具成本效益的策略之一，依菸害防制法規定，菸品健康福利捐應每 2 年檢討一次，現行菸品健康福利捐每包紙菸 20 元，係 2009 年 6 月 1 日訂定，迄今已近 5 年未調整。近來 WHO 更建議菸品稅捐應占菸價的 70% 以上，我國目前僅約 54%，若欲達最低的 70% 標準，尚須調高至少 36.7 元。因此，此項工作也於 2013 年再次啓動，並已送進立法院完成一讀付委。

## 黃金 10 年吸菸率減半目標

我們的目標：預計於 2020 年達到成人吸菸率減半的目標（成人從 20% 降到 10%）。本署推出二代戒菸及戒菸衛教師認證等新措施，仍要百尺竿頭，持續透過最有效的菸價調漲策略，保護國人的健康與幸福。2013 年的菸害防制年報，延續參考「世界衛生組織菸草控制綱要公約」的架構，以「發展與實施菸害防制策略」、「減少菸品需求」、「減少菸品供應」及「研究、監測與國際交流」等重點，呈現臺灣努力推動菸害防制工作的軌跡，期望與國內外菸害防制工作的夥伴分享。

國民健康署署長

A stylized handwritten signature in black ink, appearing to read "邱染晴" (Chiu Ranqing).

2014 年

# 臺灣菸害防制 政策發展與實施

## 菸害防制法規上路 改變吸菸社會文化

70 年代之前的臺灣，菸品是社交生活的一部分，成年男性的吸菸率高達 60%。有鑑於菸害證據的成熟，衛生署成立之初，80 年代於公務預算之慢性病防治工作中編列菸害防制經費，之後民間團體也開始進行反菸行動，期望能喚起國人對菸害的重視，並倡議「拒吸二手菸」的社會概念。1987 年，美國為平衡貿易逆差提出 301 條款，促使我國開放菸品進口與廣告，當時衛生署亦推動「不吸菸運動三年計畫」，續於 1990 年推動「臺灣地區菸害防制五年計畫」，結合行政院各部會及民間力量，執行各項菸害防制工作，並研擬菸害防制法草案。

1997 年菸害防制法通過，強制規範菸品之促銷與廣告、販售方式與對象、吸菸年齡與場所、健康警語及尼古丁焦油含量標示等，使菸害防制工作有法源依據；2000 年分別通過《菸酒稅法》與《菸酒管理法》，並依《菸酒稅法》第 22 條之規定每包紙菸 5 元的菸品健康福利捐，自 2002 年開始徵收，其中 10% 經費專款專用於菸害防制工作，並委託專家學者共同提出「菸害防制方案建議書」，作為推動相關工作之方向；2006 年修正《菸酒稅法》，將菸品健康福利捐調高為每包 10 元，並調整為 3% 的經費專款專用於菸害防制工作。

## 修正菸害防制規範

全球第一個公共衛生國際公約「世界衛生組織菸草控制綱要公約」自 2005 年 2 月 24 日生效，臺灣自 1997 年菸害防制法通過並實施後，歷經 10 年，為呼應世界潮流並與國際接軌，終於在 2007 年 7 月 10 日通過菸害防制法的修正，並自 2009 年 1 月 11 日實施，同年再將菸品健康福利捐由每包紙菸 10 元調高為 20 元。顯示臺灣積極推動無菸環境的規範，與世界趨勢潮流接軌，更期望能透過這些新規定，呼籲民衆注意自身健康，並保護 8 成以上不吸菸者的健康權益，減少二手菸害、降低吸菸率，營造健康無菸的生活環境。

2007 年菸害防制法的修定重點，除了將菸品健康福利捐由《菸酒稅法》移至於害防制法主管；在擴大禁菸場所範圍方面，包括室內公共場所、室內 3 人以上工作場所及大眾運輸工具內全面禁止吸菸，場所負責人應於所有入口處及適當地點設置明顯禁菸標示，且不得供應與吸菸有關之器物，違者將罰鍰新臺幣 1 ~ 5 萬元，而民衆若於禁菸場所吸菸，不再須經勸阻即可處以新臺幣 2 千 ~ 1 萬元罰鍰；在健康警告標示方面，除警示文字外，增列 6 則圖像及戒菸相關資訊的標示，並不得使用低焦油、淡菸（light）、柔和（mild）或其他可能致人誤認吸菸無害健康或危害輕微之文字及標示；在加強保護胎兒及青少年健康方面，更將孕婦納入不得吸菸



之範圍，並禁止任何人提供菸品給青少年，違者處以新臺幣 1 ~ 5 萬元罰鍰，對吸菸之青少年並將施以戒菸教育。在加強管制於販售菸品場所為菸品之促銷或廣告方面，除禁止消費者可直接取得菸品之開放式貨架之販售方式，並大幅提高罰則，若業者違法進行菸品廣告促銷贊助，罰鍰由新臺幣 10 ~ 30 萬元提高為 500 ~ 2,500 萬元；此外，亦要求菸品製造輸入業者申報菸品成分、添加物、排放物及其毒性之資料，並向大眾公開。

2009 年也是推動菸害防制工作重要的一年，除例行性菸害防制工作外，更準備各項配套措施，讓擴大禁菸場所與菸品相關管理等新規定，在 2009 年 1 月 11 日順利上路，並爭取調高菸品健康福利捐。透過行政部門、立法院、地方政府、業界、民衆及民間團體等縱向與橫向的協調合作，運用各種資源，於極短的時間內教育民衆遵守新規定及提高菸捐與菸價。在全面動員下，完成了雙重任務，讓我國菸害防制邁向新的里程碑。

## 戒菸宣導多管齊下 拒絕一手二手菸害

靠意志力戒菸，成功率僅約 3 ~ 5%，由專業協助戒菸，可以提高至兩成以上的戒菸成功率，目前各縣市已有超過 2,400 家醫療院所提供門診戒菸服務，加上巡迴醫療已包含 100% 鄉鎮，自 2002 年至 2013 年，已提供超過 50 萬餘人戒菸治療服務、提供戒菸專線電話諮詢量達 812,480 人次。鑑於成年男性吸菸率仍遠高於許多先進國家，且曾吸菸男性僅 29% 已經戒菸，戒菸治療藥物經費補助較少，接受戒菸服務仍需自行負擔相當於或高於每天 1 包菸的費用，形成買菸比戒菸便宜的現象，不僅對戒菸動機是一大阻礙，對經濟相對弱勢，但吸菸率卻最高或成癮度較深的族群，更是難以負擔。2012 年 3 月 1 日起推出「實施二代戒菸治療試辦計畫」戒菸藥品比照健保收費，每次只需付 20% 的部分負擔，增加培訓專業的衛教人員，以面對面方式，進行戒菸衛教及個案管理服務外，並透過整合轄區內資源，於職場、學校等場域，團隊出擊，提供戒菸衛教、諮詢、戒菸教育服務。2013 年超過 2,400 家合約醫事機構提供戒菸服務，以全人、全程及全面為目標，將門診、住院、急診及社區藥局納入戒菸治療服務。

由於菸品健康福利捐的挹注，菸害防制工作得以全面推動，其目標為預防吸菸人口增加、提高戒菸人口、減少二手菸暴露，實施策略重點包括落實地方政府菸害防制工作、推動全方位菸害防制教育及宣導、可近性的戒菸諮詢服務體系、推動國際交流及研究監測系統等，期望自落實執法、宣導教育、戒菸服務與基礎建置等面向，全面推動菸害防制工作。然而推動無菸環境是一項長期工作，雖然民衆對於菸害認知增加及環境菸害亦有改善，但成人男性吸菸率仍高，部分民衆仍會於禁菸場所吸菸，菸品價格相對偏低，吸菸者戒菸率仍低，醫事人員主動勸吸菸者戒菸之比率仍低，顯示仍有許多尚待努力推動的菸害防制工作。

未來將持續結合各界，發動全面性宣導、營造無菸環境、提供多元戒菸服務、推動各式菸害教育等，透過健康的政策、支持的環境、適當的服務，更積極鼓勵社區參與及民衆的實踐，結合產業、政府、學術與民間資源，齊力投入菸害防制工作，為營造無菸臺灣共同努力。

ANTI

# 1

## 減少菸品需求





## 非價格措施

### ● 無菸支持環境

吸菸及二手菸會對人體產生極嚴重之健康危害，甚至影響社會經濟負擔，世界各國莫不積極推動菸害防制工作，菸害防制工作除了要降低民衆吸菸率，讓不吸菸者不要變成吸菸者、讓吸菸者把菸戒掉，更重要的課題是避免民衆在公共場所遭受二手菸危害。爰此，衛生福利部國民健康署除藉由執法消除公共場所二手菸，更致力於從根作起，改造民衆對於菸品的觀念，營造學校、軍隊、社區與職場等各種場域的無菸環境，讓民衆能免於二手菸害威脅，維護你我的健康。

#### 縣市營造無菸環境

我國菸害防制法新規定自 2009 年 1 月上路迄今已 4 年，透過擴大禁菸環境、嚴格禁止菸品廣告管理與教育宣導，對於民衆在禁菸場所免受二手菸危害之保護程度已達 9 成以上。惟吸菸者轉移至騎樓、馬路、人行道等公共空間吸菸，導致室外二手菸害問題，業已成為國人關切重點。

菸害防制法未明訂之全面禁菸場所，可依該法第 15 條第 1 項第 13 款或第 16 條第 1 項第 4 款規定，由各級主管機關公告指定為禁菸區域。為營造無菸環境，各縣市衛生局積極輔導轄區人潮聚集處或學校周邊，由縣市政府依法公告為禁菸場所，衛生局並發動志工巡邏勸導，除依地方特質，擴大公告禁菸場所、營造無菸環境，亦加強菸害防制稽查及輔導，並將上開場所列為稽查重點。為避免未限制禁菸環境導致不吸菸者受到二手菸危害，各縣市衛生局也透過跨機關合作及形成社區共識，選擇適當場所規劃集中式室外定點吸菸區，共同積極推動無菸環境，讓民衆能免於二手菸危害。



▲ 臺北市公告無菸人行道



▲ 花蓮縣公告無菸火車站

為提升拒絕菸害的社會氛圍，進而營造無菸環境，已運用電視、廣播、雜誌廣告、社群網絡及多元媒體宣導，透過菸品危害、親情訴求、個案戒菸經驗分享等方式提醒吸菸者戒菸；亦辦理戒菸服務及影視菸品畫面監測記者會等相關新聞發布，提高民衆對於菸品危害的認知以落實無菸環境。



▲ 新北市公告無菸深坑老街



▲ 臺南市新樓醫院禁菸鋪石造景

## 降低健康不平等

研究顯示，不同地區、族群存在有健康不平等的現象，吸菸、飲酒、嚼檳榔是導致慢性病發生和死亡的重要風險因子，而防制菸酒檳榔的危害、改變弱勢族群有害健康的行為，是減少族群健康不平等最重要的介入措施。

為縮小健康不平等，國民健康署自 2012 年起補助吸菸、飲酒、嚼檳榔高盛行率及肺癌、食道癌、口腔癌、高發生率與死亡率之 7 縣市（臺東縣、屏東縣、花蓮縣、臺南市、基隆市、雲林縣、南投縣），辦理以 5 年期程 10 年目標的中程「菸酒檳榔防制整合計畫」。

透過建立健康公共政策、創造支持性環境、強化社區的行動、發展個人技能、調整健康服務的取向等渥太華憲章健康促進五大行動綱領的策略，進行菸酒檳榔防制的整合教育、規劃無菸酒檳榔的場域、結合部落社區營造中心倡導拒菸反檳節酒宣導及戒治服務等，以及結合社區、職場、學校等各項資源，使該等縣市逐步縮小轄區鄉鎮或族群之健康不平等情形。



▲ 雲林縣「拒絕菸檳酒 健康好人生」宣導活動

## 無菸校園

無菸校園除了建構校園無菸環境外，每年持續辦理國中及高中職學生吸菸行為調查，透過調查的結果，與教育部合作加強落實「校園菸害防制實施計畫」之推動，明定各級教育行政機關及學校應辦理事項；並共同辦理校園菸害防制及檳榔危害防制之輔導訪視作業，及辦理國中、高中職校園二手菸暴露率的環境檢視；亦藉由校長、組長等例行性主管會議，宣導落實菸害防制的重要性，並訂定相關獎勵與懲罰等規定，加強校園內菸害防制的積極作為，鼓勵學校培訓戒菸教育種子師資，達到無菸校園的目標；最後，請教育部責成地方教育局（處）協同衛生局，不定期對所轄各級學校進行校園菸害防制訪查，並將校園訪查結果列入相關考核。

### 國中、高中職校園菸害防制與教育部合作事項

與教育部共同合作擬定校園菸害防制工作，由教育部頒布「校園菸害防制實施計畫」，以降低學生吸菸率、降低教職員吸菸率、校園二手菸暴露比率等目標，落實校園無菸環境。

與教育部共同辦理抽訪縣市國中、高中職學校菸害防制推動情形，藉由邀請專家學者、本署、教育部、縣市衛生局，用無預警方式抽訪教育部民意信箱檢舉、學生吸菸情形需再加強輔導以及抽樣之國、高中職學校，以瞭解國高中職學校菸害防制推動情形及校園周圍販賣菸品場所之情況，2013年共抽查40所學校，實地輔導學校加強辦理菸害防制。

## 國中、高中職校園戒菸教育種籽教師訓練

依據《學校衛生法》與菸害防制法規定高級中等以下學校應落實校園全面禁菸，同時菸害防制法規定未滿 18 歲者不得吸菸、任何人不得供應菸品予未滿 18 歲者。而根據菸害防制法之「戒菸教育實施辦法」規定，學校對於未滿 18 歲吸菸之學生應辦理戒菸教育，使其接受反菸、拒菸之宣導及戒菸方法之教導，時數不得低於 3 小時，且 1 年內再違反者，得延長戒菸教育時數。

根據 2013 年「青少年吸菸行為調查」，高中職學生吸菸率為 11.9%（男性 16.6%，女性 6.8%）與 2012 年吸菸率 14.1%（男性 19.0%，女性 7.5%）比較，顯示在降低高中職學生吸菸率已有降低；而國中學生吸菸率為 5.2%（男性 7.5%，女性 2.6%），相對於 2012 年吸菸率 6.7%（男性 9.3%，女性 3.7%）亦略有下降。

為此國民健康署推動「青少年場域戒菸教育種籽人員培訓計畫案」，期能培育更多國中、高中職學校戒菸教育種籽教師，透過戒菸教育種籽師資的實作追蹤輔導與問題回饋，發揮經驗交流的精神，藉此提升學生戒菸的行動力，協助校園推動多元戒菸服務，以營造無菸校園。



▲ 102 年全國績優青少年場域戒菸教育選拔：領航獎



▲ 102 年全國績優青少年場域戒菸教育選拔：創意獎



▲ 校園戒菸教育種籽師資訓練研習會



▲ 校園戒菸教育種籽師資－成果觀摩會

### 新北市立海山高級中學



▲ 菸害防制宣導活動



▲ 禁菸節銷毀菸品活動



▲ 戒菸班學生使用 CO 檢測器自我管理



▲ 透過小團體活動辦理戒菸教育



▲ 現場輔導訪視情形



▲ 利伯他茲基金會進行戒菸反毒課程

## 宜蘭國華國中



▲ 邀請校外醫師講述菸品對健康之危害



▲ 校內健康教育教師以有趣有獎徵答方式增加戒菸班學生課程互動



▲ 透過體能活動體驗菸品對健康之危害



▲ 戒菸班學生使用 CO 檢測儀



▲ 戒菸班學生撰寫心得記錄



▲ 現場輔導訪視情形

## 高雄壽山國中



▲ 學校設計符合校本特色之禁菸標誌，以提升禁菸標示學生關注度



▲ 戒菸班學生拍攝戒菸照片配合菸品對健康之危害圖文，張貼於校園環境



▲ 以口罩搭配跳繩體驗吸菸者體能



▲ 戒菸班學生至社區關懷長者



▲ 由戒菸成功之教師進行戒菸經驗分享



▲ 現場輔導訪視情形



### 南投中興高中附屬進修學校



▲ 菸雨朦朧 ~ 當我們同在一起



▲ 具有戒菸成功經驗主任現身說法



▲ 找回自信的所在 ~ 健康生活新氣象、健康活力的來源



▲ 南基醫院辦理 102 年度校園戒菸班活動



▲ 我一定會成功 ~



▲ 現場輔導訪視情形

各縣市衛生局主動執法稽查輔導，2013 年校園稽查 5,283 家（10,249 家次），處分 512 件，罰鍰新臺幣 83 萬元整。其中，針對違反菸害防制法第 12 條未滿 18 歲者，不得吸菸，計處分 2,590 件、已完成戒菸教育 2,569 件，完成率 99.2%。

未來，將持續與教育部密切合作，透過明定量化具體目標、輔導及考核辦法，辦理校園菸害防制抽查作業、持續利用辦理各縣市校園戒菸教育種籽教師培訓、擴大校園菸害防制宣導活動、營造無菸校園環境、實施戒菸教育等來強化校園菸害防制工作。

### 健康促進學校國際認證計畫

依據《學校衛生法》及菸害防制法規定高級中等學校以下應落實校園室內室外全面禁菸。國民健康署於 2012 年與教育部共同辦理「健康促進學校國際認證計畫」，將菸害防制等重要推動議題之成效納入認證標準，於 4 所榮獲金質獎的學校中，就有臺中市泰安國小及高雄市高雄高工選擇菸害防制作為主要推動工作，而 14 所榮獲銀質獎之學校中，亦有 4 所學校推動菸害防制議題，可見學校對於校園菸害防制工作之重視，獲獎學校在推動菸害防制工作之重要策略摘述如下：

校園菸害防制工作重要策略	工作內容
一、推動學校衛生政策	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 由校長帶頭宣誓推動校園菸害防制工作之決心。</li> <li>2. 制定菸害防制計畫並經由校務會議通過，定期召開學校衛生委員會，進行學校菸害防制計畫之推動及督導。</li> </ol>
二、建構學校無菸校園環境	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 於校園入口及明顯處張貼禁菸標誌。</li> <li>2. 全校師生共同宣誓，支持推動無菸校園之政策，營造無菸環境。</li> <li>3. 選拔學校戒菸大使，並鼓勵戒菸成功之教職員工及學生。</li> <li>4. 舉辦研習及講座、有獎徵答及校園反菸拒菸競賽活動等，提升師生對於拒菸議題之關切。</li> <li>5. 建構菸害防制網路平臺，分享菸害相關議題之各項資訊。</li> </ol>
三、增進個人拒菸技能	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 於各項課程中結合菸害防制議題，增進個人反菸、拒菸、戒菸之知能。</li> <li>2. 研發菸害防制相關教材及宣導資料。</li> <li>3. 舉辦壓力管理及學習拒菸、戒菸、拒絕二手菸技巧之活動，並推廣各項體育、休閒活動及競賽取代吸菸行為。</li> </ol>
四、結合社區資源	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 結合社區資源，辦理教職員工之戒菸教育培訓。</li> <li>2. 結合家長會及家長志工團體宣導無菸家庭、無菸校園等，營造無菸社區環境。</li> <li>3. 與零售店家及愛心商店結盟，拒絕販售菸品給青少年。</li> </ol>
五、提供健康服務	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提供教職員工生一氧化碳濃度檢測，並依檢測結果提供後續戒菸諮詢及轉介服務。</li> <li>2. 結合鄰近醫療院所之資源，辦理拒菸活動，提供教職員戒菸教育之培訓。</li> </ol>

## 大專校院校園菸害防制

依照菸害防制法規定，大專院校之室內場所全面禁菸，室外除吸菸區外，不得吸菸，未設吸菸區者，全面禁止吸菸。依據 2010 年「大專校院學生及教職員吸菸行為調查」顯示，7.6% 大專學生為目前吸菸者，10.1% 教職員在過去 7 天內曾經吸菸，而學生校園二手菸暴露率則高達 57.6%，顯示校園菸害防制有待加強。因此委託辦理「年輕族群場域菸害防制工作計畫」，藉由大專校院菸害防制研習訓練，提升學生菸害防制相關知識及技能，並針對各校菸害防制現況，提出具體計畫目標與方向，營造大專院校無菸校園教育環境。

透過與教育部的合作，鼓勵大專校院自主減少吸菸區，並朝著無菸校園的方向規劃，由學校的校長帶頭宣誓，校務會議的落實，加強校園的巡檢、戒菸訊息的宣導與轉介，與教育部共同訂定無菸大專校院的目標，至 2013 年已完成 71 家無菸大專校院。

2013 年共 77 所學校，327 人參與「校園菸害防制研習營」，並協助 22 家學校針對校園菸害防制現況，提出具體計畫目標與方向，推動執行「落實校園菸害防制方案」，方案內容包含校園菸害公共策略之制定、創造支持性的環境、強化社區行動、發展個人健康技能、重新定位健康服務及多元化創意行銷等六大議題。



由專家學者及各縣市衛生局人員，至 22 所大專院校進行兩次實地訪視。

訪視重點包括：

1. 校園菸害公共策略：學校高層支持並規劃跨處室整合推動，設立「無菸校園推動小組」，針對校園菸害問題，研擬相關的推動方針。
2. 創造支持性環境：張貼明顯禁菸標誌，及校園商店內不販售菸品，各校吸菸區定期維護，並逐年減量設置。
3. 多元化創意行銷：辦理以學生為本位之多元創意行銷（包含拒菸海報與戒菸小天使等），製作校園菸害防制創意短片，說明學校在菸害防制的努力與創新度。
4. 強化社區行動：鼓勵校園結合校內各學系、社團等及社區衛生、醫療及團體等菸害防制相關資源進行菸害防制宣導與菸害防制政策落實與資源整合、分享。
5. 發展個人健康技能：透過課程教學、專題講座、工作坊等方式，提升學生自我健康管理的技能，瞭解菸品廣告所傳達的訊息，進而能正確判斷和思辨菸品廣告負面影響，實踐反菸及拒菸的具體行動。
6. 重新定位健康服務：進行呼氣一氧化碳檢測及問卷調查檢測，以確實掌握吸菸學生，加強宣導及提供戒菸診斷與轉介服務。

「落實校園菸害防制方案」成果：

項次	成 果
1.	透過 78 個社團及巡查隊勸導不吸菸。
2.	22 所設立吸菸區學校共減少 3 個吸菸區。
3.	學生創作共 35 部宣導短片，透過電視牆或網路行銷。
4.	共結合 45 所醫療院所及 43 個衛生局、所、健康中心合作辦理呼氣一氧化碳檢測及戒菸教育輔導。
5.	22 所學校於新生體檢中，增列呼氣一氧化碳檢測項目，並建檔以利後續關懷；藉由同儕力量及關懷關係之建立，戒菸者已達 70 人。

此外，各校目前已能結合社團與社區、課程力量，運用醫療院所資源，進行創意宣導，並辦理各項活動加強戒菸成效；如正修科技大學於國防教育課程及新生說明會，融入菸害防制議題作為每年度課程內容項目，提升反菸意識；環球科技大學、元培科技大學於校內設立戒菸門診，提高校園戒



▲ 102 年度輔導訪視照片 - 學校簡報

菸成效；南臺科技大學辦理戒菸小天使活動，讓小天使認養 98 位願意戒菸者，給予輔導關懷、轉介醫療院所等協助；崑山科技大學利用時下流行臉書進行各種宣誓及菸害防制教育週等活動等，皆從年輕族群需求為出發，以其關心的話題，促動其拒菸的決心，並透過社群網路的強力播放，呈現引發瀏覽人次效應，可見學校的努力與用心。



▲ 年度成果觀摩展



▲ 102 年度輔導訪視照片 - 學生訪談



▲ 健行科大菸害防制作品輯

## 無菸軍隊

2013 年「國人吸菸行為電話調查」發現，男性吸菸率為 32.5%，其中 18 ~ 20 歲男性吸菸率為 9.0%，21 ~ 25 歲男性吸菸率躍升為 31.3%，發現由 18 歲到成人之階段正是我國男性入伍服役之年齡。為此，自 2004 年起與國防部共同推動「國軍菸害暨檳榔防制整合計畫」，以新訓中心服役之役男，及軍事院校學生為目標，透過政策與環境、教育與宣導、戒治與服務等面向，針對已吸菸之士官兵提高其戒菸率，減少二手菸的危害，並透過監測與研究對各軍種的菸害防制工作進行監測與評量，重要工作分述如下：

### 政策與環境方面：

在 2013 年度強化國軍醫院參與無菸醫院評核與網絡發展計畫，由國軍高雄總醫院獲金獎，三軍總醫院澎湖分院、國軍桃園總醫院、國軍臺中總醫院各獲銀獎，成果豐碩。並依菸害防制法新規定，全面裁撤室內吸菸區，嚴格執行室內全面禁菸，並逐年減少室外吸菸區，2013 年已較 2012 年減少 132 處。

### 衛教與宣導方面：

2013 年辦理例行性衛教講習 2,492 場，參與人數達 308,971 人次。辦理有獎徵答活動、籃球競賽、宣導主軸標語徵選、四格漫畫創意競賽、教育宣導形象設計比賽等活動；並透過平面媒體如青年日報、奮鬥月刊、陸軍忠誠報及空軍忠勇報等發表計 9 篇菸害防制相關報導。



### 戒治與服務方面：

2013 年戒治服務面以建構戒菸家族為主軸，以戒菸輔導員為基礎往上延伸至戒菸醫師成立戒菸家族，並朝戒菸輔導員與戒治人員比低於 1:10 目標努力，儘可能達一對一諮商方式，評估戒治軍官之戒菸、戒檳動機，並視需求轉介醫官給予戒菸貼片，再由醫官轉介醫師給予戒治藥物。2013 年於北、中、南、東各辦理 4 場次戒菸輔導員培訓及成果發表會，共計培養 355 位戒菸輔導員；另辦理 2 梯次戒菸醫師訓練，計 270 位國防醫學院醫科畢業生及預官完成培訓。戒菸輔導員除辦理戒菸班外（計辦理 102 場戒菸班），並利用接觸、輔導吸菸士兵之便，提高吸菸軍官之追蹤輔導。此外還針對 6 位將官進行個別戒菸輔導，計有 4 位已戒菸成功。整體而言，參與國軍戒治服務人數計 4,657 人，成功戒菸人數達 340 人，戒菸成功率達 7.3%。

### 監測與研究方面：

2007 年已建置軍事院校學生與新訓中心吸菸行為出入口調查平台，針對軍事院校學生與預備役官兵的吸菸與嚼食檳榔行為進行常態性的調查，以監測每年吸菸的狀態，作為菸害防制改革推動的參考；依據 2012 至 2013 年度義務役士兵吸菸率調查，由 2012 年入伍新兵吸菸率為 39.9%，渠至 2013 年屆退官兵的吸菸率降為 32.3%，顯示國軍菸害防制已見成效（圖 1-1）。

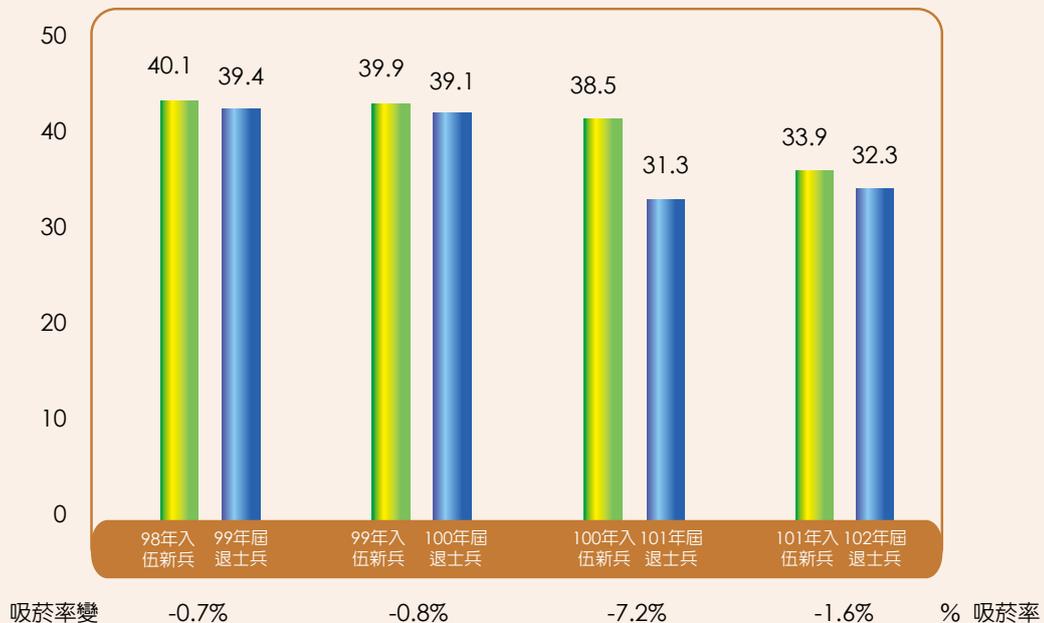


圖 1-1 2009 至 2013 年度國軍入出口吸菸行為監測調查表 (粗率)

備註：吸菸者定義：從以前到現在吸菸超過 100 支，且過去 30 天內每日或偶爾吸菸者。

## 創意戒菸故事：馬祖野戰醫院的「生命之樹」

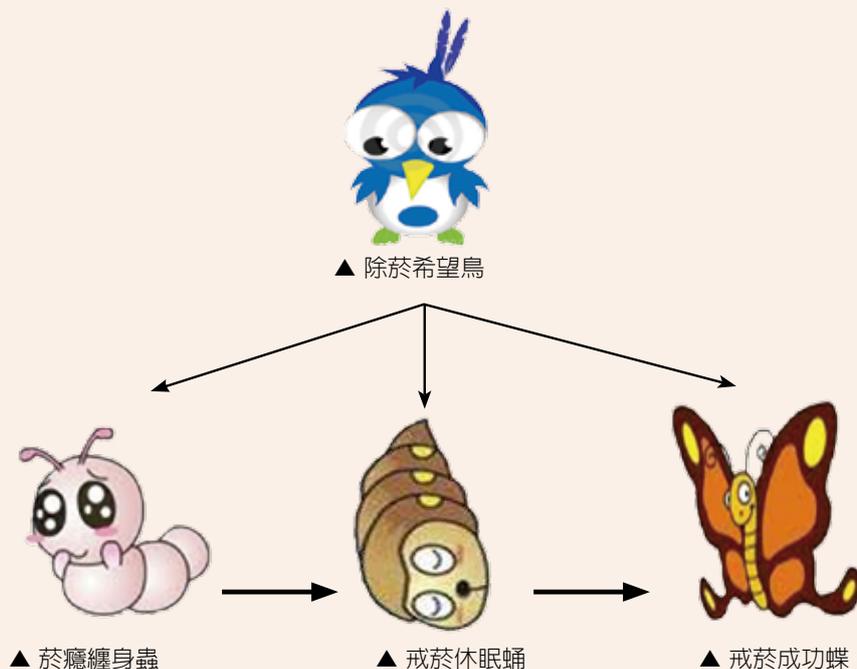
(內容提供者：馬祖野戰醫院 少校副院長 黃耀德)

### 菸蟲

菸裡怎麼會有蟲！還是說有種蟲專門吃菸？答案我想大家都清楚，菸蟲其實是對抽菸的人另一種稱呼。這個稱謂對早年同樣有菸癮纏身的我來說，心想，不過是抽個菸罷了，又不是什麼大奸大惡，就要被叫「菸蟲」，哼！實在不屑。但自從菸害防制法立法以來，除了抽個菸要像蟲一樣到處躲以外，國軍各級菸害防制業管單位除菸之手段綿密且細微，真的像鳥在抓蟲一樣，見一隻，啄一隻，絲毫不放棄任何勸戒機會。此時，因為甩不掉抽菸時吞雲吐霧的享受，還是甘心當隻菸蟲……

### 「生命之樹」發想緣起

2013 年入秋，某次公務機會巧遇曾闊別多年的好長官－作戰及計畫參謀次長○○○中將，當時看到他的第一眼印象，感覺他瘦了，是那種健康的瘦，噢不！比起印象中 10 年前福泰而穩重的他，應該說是健壯而結實的瘦，所以，不由自主不假做作的見面第一句問候語：「次長好！您看起來更精壯了。」寒暄一番後，感覺他一如往常能言善道，不同的是話題不再是天南地北，而是聚焦在路跑、超馬及鐵人三項等體能活動。聽他眉飛色舞的分享著征戰全國各地的經驗與愉悅，實在讓人很難與他任旅長時菸不離手的形象相連結。話語漸歇，恭敬的利用空檔





遞上請菸，錯愕的是，他竟然淡淡的說：「戒菸了！」此時，豁然開朗！原來在他身上一切的轉變關鍵就在「戒菸」，當下，種下生命之樹的種子……

## 日益茁壯的生命之樹

生命像棵樹，總希望它能永續，不希望有害蟲啃食。那麼我們怎會放任自己當菸蟲，啃食自己的生命之樹呢？為此，我特地運用院內的一面空白牆壁，規劃戒菸三部曲活動－菸癮纏身期、戒菸休眠期及戒菸成功蝶，並請菸害防制專員們擔任「除菸希望鳥」，在他們的叮嚀控制下，讓菸蟲進入蛹化期，如同戒菸經歷戒斷期，在正常的作息、適當的運動下，逐漸擺脫菸癮而蛻變成自由自在飛舞的蝴蝶～我知道要成為自由自在的飛舞蝴蝶前，總要經過結蛹的束縛痛苦，因為不想辜負馬祖的新鮮空氣，更期待破繭而出大口呼吸的暢快，同時感佩次長以身作則的風範，令人折服且斷然立下對的決定：我要戒菸！



▲ 透過生命之樹宣示戒菸



▲ 生命之樹



▲ 戒菸輔導員培訓：已戒菸醫師為主軸成立戒菸家族



▲ 戒菸輔導員培訓：學員輔導經驗分享

## 無菸社區

依渥太華憲章健康促進之五大行動綱領為計畫架構，推動有特色、有創意的無菸社區計畫，尋找在地的意見領袖，建立相關的社區公約，營造在地化的支持環境，培訓社區的志工，落實相關的健康營造策略與方法，調整服務的方向與方法，以達到由下而上的社區意識與充能概念，2013年共補助19縣市、165個「無菸社區計畫」分布於北、中、南、東縣市，成果如下：

各健康營造社區於國中小學1公里範圍內有菸品販賣之檳榔攤或雜貨店，共輔導5,347家商店宣導拒售菸品給未成年者。於1,915個地點運用LED、海報、布條、看板等宣導通路，設置明顯的戒菸訊息，其中599處設立禁菸場所，辦理青少年菸害防制衛教宣導1,464場。明確掌握社區資源及民衆健康狀況，整合資源、建立推動組織，推動策略符合健康促進之五大行動綱領。



▲ 創造支持性環境：臺北市南港社區大學深入社區內便利商店，共同連署無菸、酒、檳榔好社區



▲ 創造支持性環境：臺北市南港社區大學深入社區內雜貨店，連署禁賣菸品予未滿18歲青少年



具特色及創意的社區推廣經驗：花蓮縣瑞穗鄉屋拉力部落推動無菸社區 3 年初見成效，族人紛紛戒除菸癮，許多人更在自家門口貼上以當地特產文旦做成的無菸社區告示牌，讓外來遊客一眼就能瞧見，共同加入無菸社區行列。



▲ 花蓮縣 - 來到屋拉力部落 請熄菸



▲ 花蓮縣 - 屋拉力部落以特產文旦柚造型設計無菸標章

## 無菸職場

多數人的職場生涯中，每日有將近三分之一甚至更多的時間處於工作場所，職場可說是實施菸害防制及健康促進的重要場域，若在職場進行系統性的規劃及推動，將能得到良好的成效，更可將效益擴大至家庭與社區。

2003 年成立北、中、南三區職場健康促進暨菸害防制輔導中心，透過各中心輔導與協助，依職場需求提供相關輔導諮詢及教育訓練，建置職場菸害防制及職業衛生保健服務網絡，2006 年除推動菸害防制，並擴及員工健康促進，成立 3 區「健康職場推動中心」，實地輔導建立健康職場環境，提供諮詢、衛生教育及訓練。並於 2007 年起推動全國健康職場認證制度，且 2008 年為準備迎接菸害防制法新規定上路，將落實室內工作場所全面禁菸，納為通過認證要件，並表揚績優健康職場，鼓勵無菸職場及健康促進推動。

因應 2009 年菸害防制法三人以上室內工作場所禁菸之新規定實施，大部分職場皆積極規劃相關策略，希望提供安全舒適的無菸職場環境，例如舉辦戒菸班、戒菸諮詢講座、呼氣一氧化碳檢測、戒菸海報展、公司健康門診增設戒菸門診、辦公室拒菸宣示、戒菸成功員工心得分享等。健康職場認證相關訊息，詳見健康職場資訊網 (<http://health.hpa.gov.tw>)。

2007 ~ 2012 年共計 9,186 家職場通過健康職場自主認證（圖 1-2），2012 年更結合專業輔導團隊，實地到場輔導 207 家職場及 4 家職業工會或產業，積極推動健康促進及菸害防制，通過認證的職場更是達到 1,775 家。並維護及更新健康職場資訊網，提供最新訊息及各式拒菸、戒菸宣導品免費下載，累計點閱人次高達 61 萬人次以上。此外，製作 2012 年全國績優健康職場專刊，其中有 39 家職場經專家現場評鑑獲選為推動菸害防制或健康促進的績優健康職場。

### 健和興端子股份有限公司推動菸害防制集錦



▲ 辦理戒菸活動，鼓勵抽菸員工做 CO 值簡易測量



▲ 公務車接送戒菸門診

### 中鴻鋼鐵鋼管廠鹿港分廠推動菸害防制集錦



▲ 廠長分享戒菸的心路歷程



▲ 職場戒菸班 - 折菸宣誓活動



為瞭解菸害防制法新規定實施後推動無菸職場的成效，2013 年針對臺灣地區 15 歲（含）以上專職工作員工，進行全國職場健康工作環境現況調查發現，職場員工吸菸率為 14.7%（較 2012 年下降 1.1%），其中男性為 28.1%，女性為 2.9%；室內工作場所完全禁菸率為 80.4%（較 2012 年上升 0.3%）；顯示在菸害防制法新規定上路後，仍須加強介入職場菸害防制工作，持續發揮功效，讓多數員工免於二手菸之危害，提供員工更健康的環境，歷年職場菸害調查結果如圖 1-3、圖 1-4。



圖 1-2 歷年通過健康職場自主認證累積家數

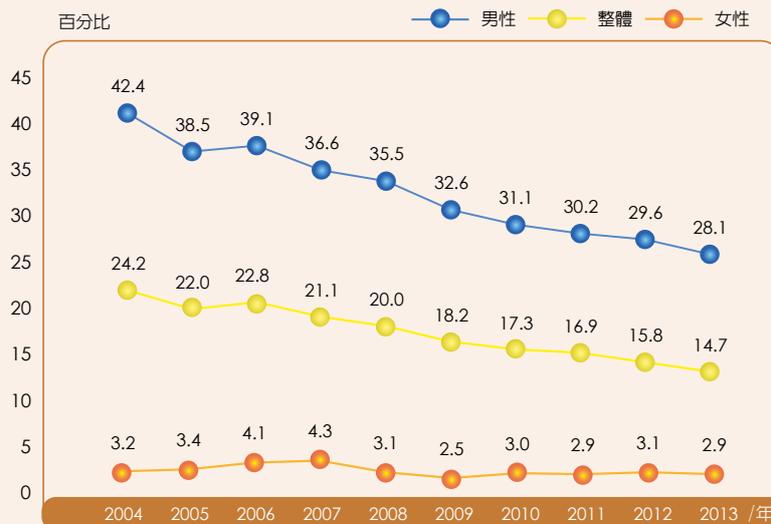


圖 1-3 歷年職場吸菸率改變趨勢



圖 1-4 歷年職場禁菸政策變化趨勢

## 無菸醫院

「全球無菸健康照護服務網絡 (ENSH-Global Network for Tobacco Free Health Care Services)」於 1999 年成立，迄今已有 21 個國家，30 個網絡會員加入。臺灣於 2011 年加入，成為亞太地區第一個網絡，在我國醫院對健康促進工作的重視與支持下，迅速擴展為亞太地區第一大網絡，且規模持續壯大，至 2013 年已有 147 家醫院加入。

我國醫療體系有追求卓越的文化，對健康促進與預防接受度提高，藉由無菸醫院宗旨：「無菸醫院不僅必須遵守相關禁菸法令，成為一個全面無菸場所，且應善盡減少菸草使用與降低菸害的義務」，輔以無菸醫院國際認證模組之十大標準（承諾、溝通、教育訓練、吸菸辨識與戒菸支持、菸害管制、環境、健康職場、健康促進、遵行度監測與政策落實），全面提升防菸行動，建立院區無菸環境自我巡查，及對每位病人皆詢問個人吸菸（及家庭二手菸）狀態，主動勸戒並提供協助等，打造從環境到人的無菸害行動。





# 國民健康署及縣市衛生局輔導無菸醫院致力推動國際認證模組之 10 大標準

## ● 標準 1 承諾

醫院主管帶領員工進行無菸醫院宣誓



## ● 標準 2 溝通

訂定員工承諾書，並告知所有員工、病人及社區



## ● 標準 3 教育訓練

辦理教育訓練，教育醫院員工如何以最佳方法接觸吸菸者及支持戒菸



## ● 標準 4 吸菸辨識與戒菸支持

經由電腦主動提示系統辨識及紀錄病人的吸菸狀況



## ● 標準 5 菸害管制

醫院內外張貼禁菸標示，並隨時進行宣導作業，讓室內外持續維持無菸狀態



## 標準 6 環境

在適當的位置標示禁止吸菸訊息提醒民衆



## 標準 7 健康職場

制定員工管理政策，瞭解員工吸菸情形並加以訂定獎懲制度，創造健康職場環境

5.回覆勾選欄:

號勾選	說 明
<input type="checkbox"/>	(1) 本人已詳閱『新進人員錄取通知及報到告知』上述相關說明。 (2) 本人將 102 年 05 月 21 日親自前往辦理新進人員報到手續，且事前詳閱『新進人員報到專區』(網址: <a href="http://www.knuh.org.tw/www/Administration/Personnel">http://www.knuh.org.tw/www/Administration/Personnel</a> ) 相關規定。 (3) 本人已詳閱『新進人員報到專區』相關規定，未依規定完成者，依醫院工作規則第五十條及勞動基準法第十二條規定終止契約。 (4) 本醫院推行無菸職場，全面實施禁菸，敬請各位配合。
<input type="checkbox"/>	本人放棄報到資格 原因: _____

## 標準 8 健康促進

與社區民衆共同維護無菸環境並辦理無菸活動

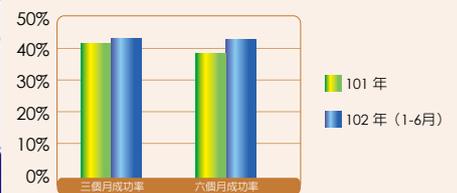


## 標準 9 遵行度監測

定時召開無菸工作小組並遵循指標以確保政策持續監測

每季針對菸害防制計畫進行成效評估並於每季會議中進行品質改善檢討。

戒菸藥物治療成功率監測



## 標準 10 政策落實

醫院全體員承諾推動菸害防制，確實且持續落實無菸政策





### 無菸醫院國際金獎認證，全球 7 家，臺灣囊括 4 家

臺灣於 2011 年加入「全球無菸健康照護網絡 (ENSH-Global Network for Tobacco Free Health Care Services)」，在全臺醫院對健康促進工作的重視與支持下，迅速擴展為亞太地區第一大網絡，且於 2013 年 4 月，經過全球激烈的競爭與無菸醫院推動最佳實證的考評，全球僅有 7 家醫院，臺灣就有 4 家醫院獲頒「2013 全球無菸醫院國際金獎認證」，延續



▲ 2013.5.22 無菸醫院國際金獎論壇，臺灣 4 家醫院在瑞典獲國際金獎。

2012 年的績優表現，繼續蟬聯全球金獎獲獎最多的國家。而 2013 年 48 家醫院參與國內無菸醫院評核，更有 24 家醫院符合金獎資格，顯示臺灣高品質的醫療照護服務，及對病人與家屬、職場員工及社區民衆健康促進工作的重視。透過無菸醫院的擴展、評核與改善，擴大醫事機構及人員參與，掌握每一次接觸吸菸者的機會，有效勸導與幫助吸菸者戒菸，營造無菸健康照護環境與服務，造就臺灣得天獨厚的戒菸共同照護網絡。

全球無菸醫院國際獎 我蟬聯獲獎最多國家 日期：2013.05.13

uho新聞部

〈優活健康網新聞部 / 綜合報導〉「全球無菸健康照護網絡」於 1999 年成立，迄今已有 25 個國家（近 30 個網絡）加入，台灣於 2011 年加入，成為亞太地區第一網絡，在全台醫院對健康促進工作的重視與支持下，迅速擴展為亞太地區第一大網絡，且規模持續壯大，至今全台已有 113 家醫院加入。

自 98 年 1 月菸害防制法上路以來，民眾「無菸」意識抬頭，國內無菸環境普及，88.5% 的民眾肯定無菸環境的改善，對於民眾在禁菸場所免受二手菸害之保護力已達九成以上。我國醫療體系藉由無菸醫院宗旨，精以無菸醫院國際認證標組之 10 大標準（承諾、溝通、教育訓練、吸菸辨識與戒菸支持、菸害管制、環境、健康職場、健康促進、進行度監測與政策落實），全面提升菸菸行動，建立院區無菸環境自我巡查，及對每位病人皆詢問個人吸菸（及家菸二手菸）狀態，主動勸導並提供協助等，打造從環境到人的無菸善行動。

全球無菸健康照護網絡推廣無菸醫院概念，每年均舉辦「全球無菸醫院國際金獎認證」，由各國挑選達到參賽門檻且極具特色之候選醫院參加評比，經過全球激烈的競爭與無菸醫院推動最佳實證的考評，評選出國際金獎醫院，以建立標準學習之典範。我國於去年囊括 6 家國際金獎醫院中之 5 家，今年再次於全球 7 家獲獎醫院中囊括 4 家（彰化基督教醫院、臺北醫學院附設醫院、中山醫學院附設醫院、新北市立聯合醫院），蟬連全球無菸醫院國際金獎獲獎最多國家。

衛生署國民健康局長邱淑姬表示，無菸醫院第四項認證標準中，即會詢問每一位病人是否吸菸，並積極勸導病人戒菸，101 年 113 家無菸醫院的戒菸治療服務人數 100 年成長 121.5%，非無菸醫院的成長率僅為 66.8%；透過無菸醫院的擴展，能掌握每一次接觸吸菸者的機會，有效勸導與幫助吸菸者戒菸，營造無菸健康照護環境與服務，期許今年能有更多醫院加入無菸醫院的行列，共同守護國人的健康，並規劃邀請榮獲國際金獎的 9 家醫院代表組成專家團隊，傳承寶貴經驗及保持我國蟬連全球無菸醫院國際金獎的卓越表現，共同打造無菸台灣。

▲ 2013.5.13 優活健康網

## 結合二代戒菸，成效更卓越

衛生福利部 (原衛生署) 2012 年 3 月 1 日推出「實施二代戒菸治療試辦計畫」，由於醫療院所提供更多元、更省錢、更方便的戒菸服務，加上許多醫院採用無菸醫院認證 10 大標準的精神，運用已建立的模式有效出擊，其中無菸醫院第四項認證標準中，即會詢問每一位病人是否吸菸，並積極勸告病人戒菸，使得無菸醫院 2013 年在二代戒菸服務人數的提供較 2012 年成長高達 121.2%，遠比非無菸醫院 26.5% 成長還迅速，透過無菸醫院的擴展，能掌握每一次接觸吸菸者的機會，有效勸導與幫助吸菸者戒菸，營造無菸健康照護環境與服務。



▲ 臺灣加入「全球無菸醫院網絡」



▲ 專家至無菸醫院實地輔導訪視



▲ 專家至無菸醫院實地輔導訪視

## ● 菸盒警示圖文

菸品容器設計為廣告行銷的途徑之一，世界衛生組織菸草控制綱要公約第 11 條要求締約方應在菸品包裝標示健康危害警示（建議占 50% 面積及以上，至少 30%）。1997 年國內通過之菸害防制法僅規定菸品容器應標示健康危害警告文字，惟未能對吸菸者達到警示之效果；衛生福利部成功推動修正菸害防制法第 6 條，規範菸品容器包裝之正反面 35% 面積，除須警語外尚有須標示圖像及戒菸



▲ 販賣點告示



▲ 菸品警示圖文

相關資訊之義務。至 2013 年底世界衛生組織「菸草控制綱要公約」177 個締約方之中，約 63 個國家實施印製菸品健康警示圖文，臺灣菸盒警示圖文為第 21 個國家施行，但面積大小，排名為第 58 個國家。

國民健康署籌備多年，進行新版警示圖文開發案，由 1000 多張徵稿作品中經過焦點團體訪談、眼動儀測試、及問卷調查等過程，篩選出 12 張警圖；並同時檢視 37 則歐盟授權的圖文，加以挑選；經由專家會議討論，產出 8 則新版健康警示圖文；此 8 則警示圖文涵蓋不同對象，兼具情感與理性，從自身、家人最有感的事物為訴求，並提供戒菸專線訊息，聯結戒菸意圖、動機與行動支持。2013 年 8 月 20 日公告 8 則警示圖文分別為：

- (1)「吸菸導致皮膚老化」：以萎靡之蘋果呈現吸菸加速皮膚外觀的老化 => 女性、最在意的外觀。
- (2)「菸癮困你一生」：此圖取自歐盟，文字由邱署長親寫；菸支形成的牢獄，表現菸癮難以擺脫，道出吸菸者最大的痛苦與無奈，莫過於一生難以擺脫的菸癮桎梏，即使內心覺得愧對妻兒、家人，仍難以戒除，以喚起吸菸者共鳴 => 所有吸菸者、訴求最可貴的“自由”。
- (3)「吸菸會導致性功能障礙」：以菸灰下垂方式表現勃起障礙 => 青壯年男性、最在意的性功能。
- (4)「菸害導致胎兒異常及早產」：以胎兒之圖示呈現菸害對胎兒之危害 => 以孩子呼喚 25-40 歲吸菸率最高的男女性，以及祖父母。
- (5)「不吸菸，你可以擁有更多」：以燃燒中的菸表示吸菸造成金錢、健康、工作、感情、家庭及生命之損失 => 25 ~ 40 歲吸菸率最高的男性，買菸時想一想，把錢省下給家人及自己吧！

- (6)「二手菸引發兒童肺炎、中耳炎、癌症」：以兒童戴氧氣罩呈現二手菸對兒童健康之危害  
=> 以孩子呼喚 25-40 歲吸菸率最高的男女性，以及祖父母。
- (7)「吸菸影響口腔衛生」：以女性露黃板牙呈現吸菸影響口腔衛生 => 女性、外觀。
- (8)「吸菸引發自己與家人中風和心臟病」：中風是中年人最害怕的，卻不知道吸菸會使自己與另一半中風風險增加！因此，以拄拐杖之中年人呈現吸菸者對家人及配偶二手菸之危害 => 以中風及配偶健康，呼喚 40 歲以上吸菸者。

有關於害防制法新規定實施取締現況，2013 年各縣市政府衛生局共稽查菸品容器之相關標示計 21 萬 4,800 次，違規處分計 2 件，罰鍰 200 萬元整。各縣市政府衛生局共稽查販賣菸品場所標示及展示計 13 萬 3,057 次，違規處分計 34 件，罰鍰共 47 萬元。歐盟於 2002 年 9 月開始公布菸品警示圖文提供各會員國使用，邱部長（時任署長）文達於 2011 年 5 月世界衛生大會期間與歐盟代表會談時，與歐盟執委會衛生暨消費者總署（Directorate - General for Health and Consumers，簡稱 DG SANCO）聯繫。至 9 月歐盟已願意無償授權我國使用該菸品健康警示圖像，並提供歐方之前已與 9 個國家簽訂授權協定範本，供我國簽署授權協定之參考。



▲ 我國邱部長文達在歐盟總部與 DG SANCO 總署長 Paula Testori Coggi 共同簽署「菸盒警示圖像授權協定」，阮娟娟處長（時任臺灣衛生署國際合作處處長）在場見證

「菸盒警示圖像授權協定」經我國與歐盟機構洽商定案，於 2012 年 5 月 24 日完成簽署，使我國成為第 10 個與歐盟簽署菸盒警示圖像授權之國家，該協定也是我國在衛生領域與歐盟簽署的第一個正式協定。



## ● 宣導與培訓

### 菸害防制宣導與成效

2013 年度以無菸支持環境宣導、戒菸服務、菸害教育為主軸，運用電視廣告、廣播廣告及多元媒體宣導，透過親情訴求、藝人證言戒菸經驗等方式提醒不同類型吸菸者及早戒菸，並呼籲民眾重視吸菸及二手菸危害。此外，特別規劃勞動者吸菸族群宣導，辦理年輕族群反菸創作徵選、推廣校際拒菸活動、漫畫徵稿、電視、廣播、報章雜誌、網路活動與廣告、戶外電視牆、商圈廣告、交通運輸等媒體及相關活動露出，以融入民眾生活方式加強宣導，增加民眾對菸害之認識，不要嘗試吸菸，並鼓勵吸菸者戒菸。另印製發送 50 萬本的「戒菸教戰手冊」，透過縣市衛生局及戒菸專線服務中心提供給吸菸者利用。



### 年輕族群參與反菸主題活動

為加強年輕族群對菸害的認知及提高拒菸的自我效能，國民健康署近年來亦積極整合各項媒體與校園資源，鼓勵學生參與反菸、拒菸活動，如「大專院校媒體反菸影像創作競賽」、「2004 丟你的菸影像創作競賽」、「2005 菸害防制教學創作競賽」、「2006 丟你的菸」反菸創作競賽及「2012 - 2013 年輕族群參與反菸主題活動計畫」等，以年輕人之間慣用的溝通元素，由年輕族群次文化中發揮創造力，運用同齡間之影響，辦理相關主題校園推廣活動，讓更多的年輕族群朋友遠離菸品、加入拒菸的行列。



2013 年辦理「2013 年無菸生活設計大賞」徵件和校園串連活動，透過年輕族群的創意發想，以「反菸、拒菸」為主題，徵求「平面設計 / 海報」、「創意短片」及「無菸生活創意提案」創意作品，另新增「創意標語」讓更多年輕族群能從參與競賽中建立菸害防制觀念。

「2013年無菸生活設計大賞」透過全臺灣校園串聯活動及活動官網、Facebook、YouTube等社群網站的宣傳，並以「I am Cool, NO SMOKING」的概念設計「菇菇菸大推擊」，引用目前受年輕人喜愛的香菇研究室的毒菇為反派主角；從拔取毒菇的遊戲延伸，在實體上以打倒一棵棵的毒菇菸，象徵打倒菸害；代表著年輕學子嚮往無菸、奮戰的決心。

### 校園菇菇菸大推擊！活動剪輯

透過全臺灣校園串聯活動的宣傳，募集大專院校和高中職學校的參賽作品，作品總數高達2,883件，其中「平面設計 / 海報」1,636件、「創意短片」149件、「無菸生活創意提案企劃案」38件、「創意標語」1,060件，不但稿件量創歷年新高，學生素人創意的品質更令評審團激賞，顯現青年參與和關心菸害議題的熱情和深度逐年升高。

經過兩階段的評審過程，選出以下獎項：

參賽組別	獎項	作品名稱
平面設計 / 海報	金獎	面相篇
	銀獎	下一個就是你
	銅獎	醫生，我的孩子呢
	佳作	路自己選，結局自己填
	佳作	恭喜你抽中大獎
創意短片	金獎	Super Smoker
	銀獎	right things
	銅獎	花
	佳作	一個菸頭
	佳作	去你的菸！來我的海邊
創意提案	金獎	Put it out Change you life! 拒菸大聲說出來



為使年輕族群透過參與競賽、得獎作品分享呈現，更讓「反菸、拒菸、無菸」之無菸生活創意主張成為年輕族群的新生活運動，特於2013年11月18日假臺灣文創重點基地—華山1914文創園區辦理「2013年無菸生活設計大賞」頒獎暨開展典禮辦理，同時透過網站進行「雲端藝廊」的虛擬展出。



◀ 世新組以無菸生活圈守護者的角色，裝扮成黑翅天使參與路跑，在路跑過程以簡單的無菸生活口號，讓更多人知曉無菸生活的重要，在活動後黑翅會因太白粉的潑灑而變成白色的，象徵了以健康運動的方式，拒絕菸害的污染及危害。



◀ 弘光科大組藉由極具創意性的打扮：蜘蛛人、蝙蝠俠、超人參加「2013 躍馬后里路跑賽」，期望透過正面的態度和有趣的面向倡導「反菸」，讓民衆能在歡樂中瞭解菸害議題提高記憶點，達到宣導效果。



◀ 崑山科大組於巴克禮十周年紀念活動中與環保局合作，由惡鬼在台上喊出無菸環境的口號，並在臺下有拒菸政令宣導的帳篷亦提供反菸遊戲，目的在於維護巴克禮生態環境、使用巴克禮公園的居民之空氣品質。



◀ 銘傳組透過扮演「飛天小女警」角色，並在腰帶上繫上反菸標誌。企圖吸引民衆目光，帶出反菸議題。

另外，由世新大學團隊所帶領的校園種籽團隊（包含：世新大學、銘傳大學、弘光科技大學、崑山科技大學等校），以各種不吸菸概念造型參與了多場大型活動，如臺灣渣打公益馬拉松、巴克禮紀念公園十週年系列活動、躍馬后里路跑賽、「進擊的太白粉」路跑，以及元旦升旗典禮等活動，透過與民衆互動傳達反菸與無菸的訊息，民衆也用行動表達支持無菸。

影像組得獎作品

金	Super Smoker <a href="https://www.youtube.com/watch?v=Bn_XHYpkopA&amp;feature=youtu.be">https://www.youtube.com/watch?v=Bn_XHYpkopA&amp;feature=youtu.be</a>
銀	right things <a href="https://www.youtube.com/watch?v=MqeHU6sbSbk&amp;feature=youtu.be">https://www.youtube.com/watch?v=MqeHU6sbSbk&amp;feature=youtu.be</a>
銅	花 <a href="https://www.youtube.com/watch?v=k9QkPDnr7Z8">https://www.youtube.com/watch?v=k9QkPDnr7Z8</a>
佳作	一個菸頭 <a href="https://www.youtube.com/watch?v=9nlSMzwzeGQ&amp;feature=youtu.be">https://www.youtube.com/watch?v=9nlSMzwzeGQ&amp;feature=youtu.be</a>
	去你的菸！來我的海邊 <a href="https://www.youtube.com/watch?v=EfRArs-IOoM&amp;feature=youtu.be">https://www.youtube.com/watch?v=EfRArs-IOoM&amp;feature=youtu.be</a>

創意標語得獎作品

佳作	無菸生活習慣好，健康快樂省荷包
佳作	拒菸一級棒，全民健康紅不讓
佳作	吸菸不 HIGH，咱別相害！
佳作	熄掉手中菸，幸福在人間
佳作	菸不是你減壓的唯一方式

## 縣市菸害防制宣導

為提升民衆對於菸害防制的支持與認知、提升拒菸意識，使民衆持續遵守菸害防制法之規定、維護無菸環境、降低吸菸率、減少二手菸危害，各縣市衛生局依地方特性，結合各種跨單位，如：教育、醫療及社區等資源辦理多元化菸害防制相關宣導教育講習或活動（2013 年計辦理 9,292 場次），除因應不同時期之重點宣導議題，適時發布菸害防制宣導相關新聞稿，亦透過整合多元的大眾傳播與媒體通路，如：電視、廣播、宣傳車、戶外看板、交通要道 LED 電視牆等，加深大眾對於菸害防制教育的概念，宣導菸害防制重要性，凝聚民衆對於菸害防制的公共認知，一同支持建構無菸清新好環境，讓生活少了菸害，降低吸菸人口。

## 菸害防制法檢舉與申訴專線

由於民衆對二手菸害的認知與權益主張日益高漲。因此，自 2003 年起設置菸害申訴專線，提供民衆菸害申訴管道。



▲ 臺中市 2013 年 11 月 26 日在大勇國小舉辦「二代戒菸 幸福賺健康」活動，希望拒菸觀念能從小深植，2,227 名學童並共同排出拒菸標章



▲ 新竹縣無菸校園小記者夏令營 DM



▲ 南投縣菸害防制法跑馬燈宣導



▲ 新北市創意菸害防制擺攤宣導活動



▲ 臺南市暑期青少年保護宣導活動



▲ 雲林縣幼兒園「不吸菸最健康 - 我全家戒二手菸」衛教宣導活動



▲ 嘉義縣拒菸阿莎力菸害防制宣導活動

2009年1月11日起施行之新菸害防制法，預期民衆將大量來電詢問新法相關疑義，及受理民衆受到環境二手菸害申訴能即時回應及處理，因此，擴大提供 0800-531-531 菸害諮詢與申訴專線之服務量能，如民衆申訴菸害個案，經認定為有效案件後，轉請所轄各縣市衛生局稽查處理及回復。自 2009 年來，0800-531-531 諮詢專線共接聽民衆來電 34,275 通，檢舉數達 6,213 件（表 1-1）。

表 1-1 菸害防制諮詢與申訴服務專線轉至衛生局數量統計

期間	來電數	檢舉件數	轉至衛生局案件數	結案數	無效案件
2008 年	-	465	465	339	72
2009 年*	20,509	3,223	3,223	2,757	347
2010 年	3,559	947	947	848	81
2011 年	3,119	816	816	785	22
2012 年	2,646	661	661	613	28
2013 年	4,442	566	566	542	22

資料來源：國民健康署「菸害防制法律服務暨執法人員訓練計畫」手冊。  
\* 菸害防制法新規定生效。

另外，隨著民衆對於菸害防制法已有相當瞭解，2013 年統計菸害諮詢及檢舉專線來電量共接聽民衆來電 4,442 通，其中對於民衆菸害申訴與檢舉案件通報資料，上傳通報系統共 566 件，依據統計顯示民衆大多詢問有關本專線之用途、菸害防制法規內容、提出住家菸害問題與檢舉，以及其他對於菸害防制之建議，另外，也建議本署推動更嚴格之菸害防制措施及建議提高菸品健康福利捐等，顯示外界對於菸害防制新規定施行及調高菸品健康福利捐之關切。

## 菸害防制法執法人員訓練

菸害防制法新規定於 2009 年實施後，對於人民遠離菸害之保障，又踏出先進且目前瞻的一步，惟為使法律施行之效果更加完善，更能達成菸害防制法之立法目的，不致因為法律解釋問題而造成法律規範之衝突，並使執法人員均能熟悉法令，避免做出錯誤之行政處分，徒增紛爭，因此，需要就法律體系、具體個案解釋、外國立法例參考以及執法人員訓練等各方面著手，期能完善菸害防制法之執法。

因此，為加強各縣市衛生局、衛生所菸害防制執法人員對新修正法條內容的瞭解，強化其執法稽查能力，分別舉辦「基礎法制人員訓練」以及「進階法制人員訓練」課程。在「基礎法制人員訓練」部分，以修正之菸害防制法、菸害防制法子法及執法實務等課程為主，使地方執法人員能正確理解並實施菸害防制法，能依據法律要求之行政蒐證程序作出合法之行政處分，且能將該結果傳達給各地方主管機關之執法人員；在「進階法制人員訓練」課程部分，以加強新修正之菸害防制法及相關法規、《行政程序法》、《行政罰法》、行政處分書撰寫及訴願、執法實務與技巧為主，藉以協助地方主管機關具備實務研究能力與研析法律問題，真正落實菸害防制法之執行。

2013 年共完成「基礎法制人員訓練」4 場、計 200 人參訓，「進階法制人員訓練」1 場、計 52 人參訓，另外，為瞭解受訓學員整體收穫，是否能夠將所學課程內容實際運用於未來執行菸害防制工作，藉由追蹤學員訓練對於菸害防制相關法規的瞭解程度、修正法規與原規定的差異、菸害防制工作的專業能力、執法信心及教材內容等項目，評估該訓練成效，多數學員對於菸害防制各項法規課程內容的整體滿意程度表示高度肯定。



▲ 「法制人員訓練」學員上課



▲ 「法制人員訓練」學員上課



訓練成果顯示，在有規劃的訓練下，菸害防制執法相關人員學習到更紮實的菸害防制法制相關知識及實務技巧，及提升對新修正菸害防制法與相關子法的瞭解程度，並強化其執法認知與能力，對執法業務推動有具體及實質之幫助。

## 縣市菸害防制工作考評

本署逐年訂定補助地方政府推動菸害防制工作計畫考評項目，對縣市衛生局以考評方式予以導引，如執法稽查取締、監測指標趨勢、戒菸服務等，並且強化特定議題執行情形，如二代戒菸服務目標人數依各縣市吸菸人口數分配，依達成情形評定分數，亦鼓勵特殊或困難事項予以加分。

以 2013 年菸害防制工作計畫考評項目為例，考評項目包括「執法績效」、「調查監測」、「計畫目標達成情形」、「行政處理時效」、「戒菸服務」五大構面。就「執法績效」考評項目，為提高菸害防制法第 10 條菸品販售場所、第 15 條全面禁菸場所、第 16 條除吸菸區外，不得吸菸之場所、第 13 條不得供應菸品予未滿 18 歲者之合格率，以本署委託消基會辦理「菸害防制法執法成效評價」之實地訪查結果，以及各縣市對上開法條之稽查績效列為考評內容。而「調查監測」考評項目，除 2012 年已列入考評之各縣市「18 歲以上民衆吸菸率」及「公共場所二手菸暴露率」外，2013 年起，為減少校園及職場之二手菸危害，新增「校園二手菸暴露率」、「職場二手菸暴露率」為考評內容。為促使各縣市内醫事相關人員接受戒菸訓練並實際提供戒菸服務，以促使民衆利用戒菸服務資源，將「醫事相關人員接受戒菸訓練及戒菸訓練後，實際提供戒菸衛教或諮詢服務情形」、「醫事相關人員勸戒戒菸率」、「戒菸服務利用情形」列為「戒菸服務」考評項目。另外，自 2013 年起，針對較未具挑戰性之考評指標，如「計畫目標達成情形」予以調降占率。而各縣市辦理菸害防制稽查之績效或進步程度，足以為縣市表率時，亦酌予加分。本署隨時依政策需要，機動性調整考評指標、年度計畫審核及計畫之實地訪查管理等，可有效提升管考機制完備性。

## 縣市菸害防制交流工作坊

為增進與地方政策在執行菸害防制業務的共識，每年均持續規劃辦理「縣市菸害防制交流工作坊」，目的在於提供各縣市間交流學習平台，及凝聚中央與地方推動菸害防制之共識，以提高國內菸害防制推動成效。

為強化縣市衛生局菸害防制工作同仁問題分析能力，提升實務及擬定計畫之相關知能，並提供縣市間交流及學習之平台，2013年分別於北區、中區辦理了2梯次之「縣市菸害防制交流工作坊」，計有182人參加，除了進行各縣市菸害防制成果展外，北區課程內容除含括「年度菸害防制重點業務說明」、「二代戒菸服務趨勢與現況」、「菸害防制法實務研討」、「年輕族群參與反菸主題活動計畫」、「研究監測實務研討」、「創意思考與行銷」，並請各縣市分享「菸害防制法稽查取締」、「年輕族群與創意菸害防制」、「戒菸服務」等實務交流與問題討論，並增加辦理2012年度「戒菸治療服務品質改善措施」績優醫療院所頒獎典禮；中區課程內容包括「菸害防制目標與工作計畫」、「青少年菸害防制政策與推動現況」、「推動無菸場域之經驗分享」、「媒體使用對青少年健康的影響」、「二代戒菸服務推展與討論」、「二代戒菸推動實務與無菸醫院服務品質提升計畫經驗分享」、「菸害防制重點業務及說明」、「菸害防制執法實務」及「縣市執法成效」等課程與經驗分享。

每場次皆討論熱烈，確實達到經驗分享與相互交流之目的。另針對受訓者進行問卷評價，結果顯示對於課程安排及自我評估方面，衛生局承辦菸害防制同仁多表示對業務有幫助，滿意度均達9成以上，並期望能持續辦理。



▲ 第1梯次北區工作坊演講



▲ 第2梯次中區工作坊講師與衛生局同仁互動



▲ 第2梯次工作坊健康操時間



▲ 「戒菸治療服務品質改善措施」績優醫療院所頒獎典禮



▲ 第2梯次中區工作坊合影



## 禁止菸品廣告、促銷及贊助

各國的經驗顯示，菸商經常透過形塑公益形象方式，讓民眾在不知不覺中接觸菸商與菸品相關訊息。因此，許多國家因而實施禁止菸草廣告宣傳政策。

### 稽查取締違規菸品廣告或促銷

我國菸害防制法第 9 條禁止促銷菸品或為菸品廣告之各種方式，例如：禁止以廣播、電視、電影片、錄影物、電子訊號、電腦網路、報紙、雜誌、看板、海報、單張、通知、通告、說明書、樣品、招貼、展示或其他文字、圖畫、物品或電磁紀錄物為宣傳；或以採訪、報導介紹菸品或假借他人名義、利用與菸品品牌名稱或商標相同或近似之商品為宣傳；或以折扣方式銷售菸品或以菸品作為銷售物品、活動之贈品或獎品；另外，禁止菸品與其他物品包裹一起銷售、以單支、散裝方式分發或兜售、以茶會、餐會、說明會、品嚐會、演唱會、演講會、體育或公益等活動之方式為菸品之宣傳。

然而菸商為擴大菸品消費市場，仍有廣告及促銷方式促銷菸品情形，為維護民眾健康權益，各縣市政府衛生局（所），依法積極辦理菸品廣告或促銷稽查，自 2009 ~ 2013 年全國稽查數 168 萬 9,148 件，處分數總計 41 件，遭處分之最多以電腦網路宣傳（26.8%）及其他文字圖畫或物品為宣傳（17.0%）、其次樣品（12.1%）、折扣方式銷售菸品（9.7%）及展示（9.7%），以菸品作為銷售其他物品、活動之贈品或獎品（7.3%）。進一步分析各縣市衛生局，這 5 年處分違規菸品廣告或促銷之情形，以臺北市及臺中市各處分數 11 件，各占 26.8% 最多，其次為高雄市及新北市各 4 件，苗栗縣、基隆市、臺南市、金門縣各 2 件（表 1-2）。



▲ 2013.7.5 中華日報



▲ 2013.5.27 青年日報



▲ 2013.6.1 臺灣時報

表 1-2 2009 ~ 2013 年全國菸害防制處分違規廣告或促銷之裁罰（元）

縣市別	處分數	罰鍰金額
臺北市政府衛生局	11	15,805,000
基隆市衛生局	2	5,100,000
新北市政府衛生局	4	333,500
宜蘭縣政府衛生局	1	5,000,000
桃園縣政府衛生局	1	100,000
苗栗縣政府衛生局	2	12,300,000
臺中市政府衛生局	11	6,000,000
彰化縣政府衛生局	1	5,000,000
臺南市政府衛生局	2	200,000
高雄市政府衛生局	4	5,520,000
金門縣政府衛生局	2	150,000
合計	41	55,508,500

依菸害防制法第 9 條規定，菸品不得廣告促銷與贊助，經各縣市衛生局之積極蒐證，遭違規處分的菸品廣告促銷與贊助案，重大案件計有苗栗縣菸盒廣告促銷罰鍰 1,230 萬元、臺北市夜店菸品促銷活動與菸盒廣告促銷菸品計罰鍰 1,510 萬元、高雄市的對於菸品附贈圖卡罰鍰 520 萬元、臺中市菸盒廣告促銷菸品罰鍰 500 萬元、彰化縣菸盒廣告促銷菸品罰鍰 500 萬元及基隆市衛生局對於無煙菸品口溶菸錠，藉由夾頁摺紙介紹產品罰鍰 500 萬元，及宜蘭縣於菸品販賣場所內以文宣廣告菸品罰鍰 500 萬元，合計第 9 條罰鍰 5,550 萬 8,500 元。



◀ 2013 年查獲菸品販賣場所店內菸架上展示菸品文宣吸附於菸架上，其菸品以藍色文宣之設計附有可供按壓綠色球體，並有「冰球風暴降臨亞洲最強」、「按爆冰球激爆感官體驗」之文字及圖片，供消費者體驗使用，違反菸害防制法第 9 條第 1 款規定，爰依同法 26 條第 1 項規定，處新臺幣 500 萬元。

## 菸害防制法稽查處分

為提升菸害防制法稽查工作效率，有效資料應用，並提供中央及地方衛生主管機關即時掌握菸害防制法執法狀況以研擬因應策略，於 2004 年 1 月起建置「菸害防制法稽查處分通報及個案管理資訊系統」。為配合菸害防制法新規定上路，更於 2009 年 5 月 16 日完成上線系統更新，以即時瞭解稽查、取締及處分，更可查詢罰鍰繳費情形、戒菸教育狀況並掌控案件處分等執法監測。



▲ 2013.5.18 臺灣時報



為增進稽查工作簡便、快速與資訊化，於2012年8月24日完成手持行動裝置現場稽查系統，採用10吋平板電腦，提供執法人員事前衛星定位規劃路線至稽查現場，2012年透過本項服務計稽查1400件，2013年為4,385件，即時登錄案件相關資料，且結合拍照及面版簽名等，電子作業傳回系統中，節省紙張及作業時間，提高工作效率，縣市間更可透過系統進行交流與案件移轉，可減少公文來往與增加即時性。

2013年全國菸害稽查家數73萬餘家次、稽查531萬餘條次，處分數7,581件，依各稽查項目之比較，處分項目前三位依序為：(1)查獲吸菸行為人4,172件(55.0%)、(2)未滿18歲吸菸者2,584件(34.1%)、(3)禁菸場所未設置禁菸標示及供應與吸菸有關器物499件(6.5%) (表1-3、1-4、1-5)。罰鍰最多為臺北市，其次為宜蘭縣；而處分未滿18歲吸菸者，以新北市占最多，其次為臺北市；處分於禁菸場所吸菸者以高雄市最多，臺中市次之；未於所有入口處設置明顯禁菸標示且不得



表 1-3 2009 ~ 2013 年縣市衛生局執行菸害防制法稽查處分未滿 18 歲吸菸者

縣市 年度	稽查未滿 18 歲者吸菸									
	稽查數					處分數				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
臺北市	11,941	23,391	22,123	31,571	27,132	597	408	196	207	262
高雄市	57,186	29,880	43,510	59,811	41,418	242	111	225	461	191
新北市	8,929	7,905	17,640	42,614	55,435	4,721	1,542	944	570	642
宜蘭縣	21,807	14,064	23,081	28,966	20,737	94	27	7	46	13
桃園縣	15,328	13,610	17,614	43,225	46,235	507	116	124	279	112
新竹縣	4,172	10,287	13,878	29,961	19,860	195	174	119	85	118
苗栗縣	25,338	5,139	5,532	20,957	15,166	143	12	37	220	82
彰化縣	11,861	18,285	12,315	37,033	31,960	270	72	11	11	8
南投縣	4,580	1,807	7,228	10,677	9,816	396	292	315	329	217
雲林縣	8,559	8,645	10,047	17,810	20,944	64	12	13	11	8
嘉義縣	5,180	4,568	10,151	17,856	14,227	86	66	32	28	19
屏東縣	7,729	5,092	5,039	10,322	9,331	81	87	98	43	27
臺東縣	3,619	3,035	4,068	3,812	4,274	35	32	80	59	38
花蓮縣	5,100	5,393	6,066	8,072	7,600	51	45	47	23	49
澎湖縣	578	812	662	1,418	980	52	64	60	59	78
基隆市	78,256	14,797	17,052	12,912	12,620	256	89	67	32	31
新竹市	7,385	4,932	5,853	17,955	12,432	64	228	251	183	235
臺中市	34,098	77,279	49,051	51,373	56,220	834	439	219	273	186
嘉義市	30,746	21,101	3,608	14,646	13,956	1	9	2	10	44
臺南市	50,244	28,192	27,232	69,649	77,768	264	75	136	183	208
金門縣	1,592	772	2,650	2,280	1,493	2	1	2	11	16
連江縣	394	392	315	476	378	0	0	0	0	0
合計	394,622	299,378	304,715	533,396	499,981	8,955	3,901	2,985	3,123	2,584

署長序  
前言  
1 減少菸品需求  
2 減少菸品供應  
3 研究、監測與國際交流  
4 結語  
5 附錄

供應與吸菸有關器物以臺中市違規最多，其次分別為高雄市、新北市。進一步分析發現，2013 年處分行為人，未滿 18 歲吸菸之前三大場所，依序為非禁菸場所、高中職（含）以下學校、網咖（表 1-6）；18 歲以上於禁菸區吸菸處分前三大場所分別為網咖、學校、電子遊戲場。

全國各縣市衛生局為落實菸害防制法新規定，強力宣導與執法工作，但仍有少許民衆或公眾人物挑戰公權力於火車車



表 1-4 2009 ~ 2013 年縣市衛生局執行菸害防制法稽查處分查獲吸菸行為人

縣市年度	類別	稽查吸菸行為人									
		稽查數					處分數				
		2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
臺北市		33,450	45,532	42,881	140,114	84,824	88	328	514	556	238
高雄市		124,675	36,017	52,625	129,761	47,120	633	712	1,819	1,471	1,425
新北市		13,290	18,225	22,154	162,398	83,202	341	371	450	202	218
宜蘭縣		24,036	14,471	23,441	29,342	20,797	45	47	73	97	54
桃園縣		27,442	20,846	24,831	54,190	53,001	635	292	251	198	107
新竹縣		10,825	10,897	14,147	30,424	19,814	141	177	26	12	19
苗栗縣		35,853	6,561	6,345	22,498	15,709	85	50	25	140	159
彰化縣		23,183	19,885	12,595	37,198	31,993	35	78	58	33	42
南投縣		20,738	5,622	17,614	36,689	27,422	32	27	25	30	40
雲林縣		9,855	9,771	10,612	18,475	21,035	88	156	104	120	67
嘉義縣		9,346	6,060	12,428	28,097	16,093	38	71	68	65	66
屏東縣		25,039	15,610	17,075	39,208	42,902	113	191	257	164	187
臺東縣		7,728	4,400	5,373	6,893	5,793	14	19	6	5	16
花蓮縣		13,124	8,473	10,386	15,870	13,311	58	96	126	47	184
澎湖縣		2,274	2,637	3,131	7,219	3,472	1	2	1	0	1
基隆市		80,228	15,053	17,274	13,083	12,717	90	163	235	100	124
新竹市		8,727	5,369	5,890	27,447	12,406	244	328	191	227	71
臺中市		70,952	138,268	85,464	167,265	101,745	528	933	822	833	693
嘉義市		34,541	22,358	3,772	14,982	14,338	21	49	35	37	84
臺南市		68,649	33,216	29,631	71,582	77,778	406	508	511	377	332
金門縣		1,748	941	3,065	2,608	1,488	1	8	3	18	38
連江縣		2,798	399	428	478	384	11	1	0	2	7
合計		648,501	440,611	421,162	1,055,821	707,344	3,648	4,607	5,600	4,734	4,172



廂、飛機上及網咖抽菸，甚至於網站播放提供菸品給幼童之影片，這些行為不僅已違反菸害防制法禁菸場所吸菸規定與《兒童及少年福利與權益保障法》不得供應菸品予未滿 18 歲者之規定，涉及虐待兒童的行為，除請相關主管機關依法查處外，並嚴厲表達譴責監護人勿心存僥倖，以身試法外，更呼籲各界正視兒童菸害問題。



表 1-5 2009 ~ 2013 年縣市衛生局執行菸害防制法稽查處分禁菸場所未設置禁菸標示及供應與吸菸有關器物

縣市年度	類別	禁菸場所未設置禁菸標示及供應與吸菸有關器物									
		稽查數					處分數				
		2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
臺北市		42,829	45,141	41,630	139,809	84,616	37	100	224	132	69
高雄市		155,287	35,398	49,735	130,653	45,437	12	11	9	71	80
新北市		17,895	17,838	20,705	158,337	83,013	146	104	156	87	79
宜蘭縣		22,486	14,423	23,303	29,253	20,724	1	7	12	24	39
桃園縣		26,308	20,508	24,802	54,099	52,928	13	7	1	4	15
新竹縣		10,112	10,732	14,134	30,414	19,795	18	7	1	1	2
苗栗縣		33,855	6,304	6,300	22,297	15,383	7	10	9	12	6
彰化縣		26,682	19,828	12,547	37,165	31,934	0	0	6	1	2
南投縣		27,655	5,484	17,513	36,407	27,362	3	5	7	6	1
雲林縣		8,514	8,756	10,259	18,077	21,154	30	44	46	30	47
嘉義縣		9,249	5,823	12,232	28,171	15,908	3	0	0	0	1
屏東縣		26,456	15,302	16,608	38,993	42,741	12	15	12	9	17
臺東縣		7,184	4,250	5,416	6,364	5,771	1	0	0	0	0
花蓮縣		13,171	8,453	10,076	15,768	13,140	20	1	1	0	0
澎湖縣		2,043	2,579	3,018	6,876	3,460	0	0	0	2	0
基隆市		79,271	14,812	17,036	12,981	12,574	4	15	6	7	3
新竹市		8,386	5,034	5,699	27,499	12,325	0	0	0	2	0
臺中市		62,316	137,898	84,455	170,259	101,042	44	118	212	108	91
嘉義市		32,715	22,322	3,759	14,900	14,114	0	7	9	5	8
臺南市		66,491	33,789	29,424	71,349	77,311	6	18	65	29	34
金門縣		1,575	938	3,060	2,589	1,451	0	1	1	0	5
連江縣		2,803	397	446	467	370	0	0	0	0	0
合計		683,283	436,009	412,157	1,052,727	702,553	357	470	777	530	499

表 1-6 2009 ~ 2013 年菸害防制法處分未滿 18 歲吸菸者違規場所分析

年度	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
常見違規場所					
非禁菸場所	7,661 (85.5%)	3,147 (80.7%)	2,171 (72.8%)	1,832 (58.9%)	1,675 (64.8%)
網咖	418 (4.7%)	327 (8.4%)	190 (6.4%)	236 (7.6%)	119 (4.6%)
國小、國中、高中	329 (3.7%)	291 (7.5%)	504 (16.9%)	733 (23.6%)	665 (25.7%)
車站	77 (0.9%)	21 (0.5%)	8 (0.3%)	14 (0.5%)	3 (0.1%)
醫院	4 (0.0%)	1 (0.0%)	3 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
大專	2 (0.0%)	4 (0.0%)	1 (0.0%)	2 (0.1%)	28 (1.1%)
其他	464 (5.2%)	108 (2.9%)	108 (3.6%)	294 (9.3%)	94 (3.7%)
合計	8,955 (100%)	3,899 (100%)	2,985 (100%)	3,111 (100%)	2,584 (100%)

表 1-7 2013 年縣市衛生局執行菸害防制法稽查處分數比較

縣市	供應菸品予未滿 18 歲者		禁菸場所不得吸菸		菸害防制法總稽查條文數	稽查條文數 / 每萬元補助
	稽查數	處分數	稽查數	處分數		
臺北市	22,538	7	84,824	238	360,333	191
高雄市	41,220	11	47,120	1425	369,538	145
新北市	54,659	10	83,202	218	469,828	185
宜蘭縣	20,728	4	20,797	54	212,269	264
桃園縣	45,965	6	53,001	107	499,806	326
新竹縣	19,741	2	19,814	19	189,100	242
苗栗縣	14,903	0	15,709	159	135,345	169
彰化縣	31,952	1	31,993	42	322,962	253
南投縣	9,572	1	27,422	40	163,047	170
雲林縣	20,939	0	21,035	67	228,992	246
嘉義縣	14,282	3	16,093	66	144,869	159
屏東縣	9,067	3	42,902	187	206,858	189
臺東縣	4,040	3	5,793	16	54,643	79
花蓮縣	4,334	1	13,311	184	70,793	79
澎湖縣	883	0	3472	1	17,861	33
基隆市	12,589	0	12,717	124	117,374	170
新竹市	12,184	0	12,406	71	105,562	145
臺中市	56,065	32	101,745	693	832,026	339
嘉義市	13,910	0	14,338	84	120,620	163
臺南市	77,699	1	77,778	332	680,878	351
金門縣	319	1	1,488	38	8,075	17
連江縣	155	0	384	7	3,383	9
合計	487,744	86	707,344	4,172	5,314,162	3,924



## ● 戒菸服務

自 2009 年起室內公共場所和工作場所已全面禁菸，拒絕菸害已逐漸成為一般生活規範，為讓吸菸者能及早戒菸，2013 年延續 2010 年「戒菸行動年」相關工作，持續推動「戒菸共同照護網」，除既有的二代戒菸與戒菸專線的专业服務，更透過戒菸就贏活動、縣市衛生局辦理之戒菸班或社區戒菸諮詢、無菸醫院服務品質提升計畫，積極培訓各類專業人員戒菸相關知識，並動員社區、校園、職場、軍隊各界及醫藥衛生專業人員提供多元戒菸服務。

### 戒菸共同照護網

為維護民眾健康權益，在邁向下一個百年的時候，政府許下一個心願，希望全民吸菸率在十年內可以減半，因此本署自 2010 年「戒菸行動年」開始即推動「戒菸共同照護網絡」，除既有的門診戒菸與戒菸專線，亦加強結合校園、軍隊、職場、民間團體與社區發動全年及全面性戒菸宣導，並結合地方衛生及相關單位廣邀民眾參與戒菸行動，共同營造校園、軍隊、職場、醫院、社區、家庭等支持性環境；積極推動以「全人、全面、全程」為目標的「二代戒菸服務試辦計畫」，將急診及住院病人納入戒菸服務的對象，及增加規劃社區藥局給藥、戒菸衛教暨個案管理服務；並結合衛生所及醫療院所辦理戒菸班、推動各種戒菸就贏創意競賽、提供戒菸相關教戰手冊及建立戒菸服務網站等多元管道幫助吸菸者戒菸。

根據本署統計資料顯示，2013 年戒菸專線共服務 1 萬 7,074 人，6 個月點戒菸成功率達 39.5%；戒菸班共計辦理 494 場，服務 6,925 人；菸害防制相關宣導教育活動計辦理 9,292 場次；戒菸專業人員持續培訓數達 1 萬 764 人，且有超過 2,500 家醫療院所或社區藥局提供戒菸治療或衛教服務，服務量較前一年同期成長超過 5 成。

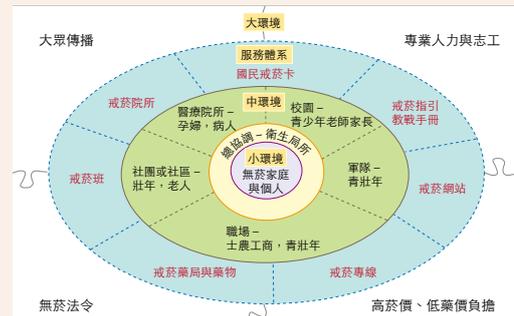
透過戒菸共同照護網提供的多元戒菸服務，不僅奠定社區戒菸服務之基石，也可積極鼓勵癮君子依自己的需要選擇可近性、便利性及專業性的戒菸服務，進一步讓全國民眾擁有更健康的無菸環境。

## 二代戒菸服務

世界衛生組織「菸草控制綱要公約」第 14 條明訂應具體規劃國家的戒菸服務體系；世界衛生組織亦於 2010 年正式通過戒菸服務之實施準則，指出：國家的戒菸治療計畫應以實證為基礎並應涵蓋完整的面向，包括：有系統的找出吸菸者並給予戒菸建議、有戒菸專線服務、有受過訓練之人員提供面對面的行為支持、提高藥物之可近性並免費或以負擔得起的價格提供藥物、以及有系統支持戒菸步驟的執行；戒菸治療應普及到各類場所與各類服務提供者，包括醫療體系內與體系外。

「吸菸」其實是一個可以根治的問題、可以根治的疾病，惟迄今每年仍奪走國人超過 2 萬個寶貴的生命，是國人健康的頭號殺手！我國自 2002 年開始以菸品健康福利捐補助戒菸服務，提供 18 歲以上之尼古丁成癮者（新版 Fagerström 量表測試分數達 4 分以上或平均一天吸菸量  $\geq 10$  支）每年 2 個療程、每療程至多 8 週次的藥物治療及簡短諮詢服務，並補助戒菸藥物及醫師戒治服務之費用，但採定額補助，每週提供新臺幣 250 元戒菸藥費，推估戒菸者每週仍可能需自行負擔新臺幣 550 ~ 1,250 元不等費用，收入較低者無力負擔，如何減輕戒菸治療的經濟障礙，讓受害最深的民衆能更方便的戒菸，乃是消弭健康不平等的重大課題。

為幫助更多吸菸者戒菸，2012 年 3 月推出二代戒菸治療試辦計畫，由於菸品健康福利捐支付，包括戒菸治療服務費、個案追蹤費、衛教暨個案管理費，且藥費依公告額度補助，比照健保一般用藥，最多僅收取 200 元之部分負擔，健保署公告之醫療資源缺乏地區可再減免 20%，低收入戶及山地原住民暨離島地區全免；戒菸治療服務亦同時由門診擴及住院、急診病人都可納入戒菸治療適用對象；同年 9 月開辦社區藥局給藥及戒菸衛教暨個案管理服務，除透過社區藥局的便捷性與藥師的專業性及服務時間的彈性，提供戒菸者客制化諮詢與支持，就近協助社區民衆戒菸外，亦培訓專業的戒菸衛教人員，以一對一、面對面方式，進行戒菸衛教暨個案管



▲ 「戒菸共同照護網」資料來源：邱署長淑媿 2010.1.12 戒菸共同照護網講義資料



▲ 2013.8.14 離菸害、增健康、顧荷包海報



### 戒菸服務全程關懷

- **重視衛教，提供民衆戒菸專業的支持及關懷**  
增加培訓專業的戒菸衛教人員，以面對面方式，進行戒菸衛教及個案管理服務。
- **合理用藥，降低戒斷症狀的不適**  
戒菸藥品依公告額度補助，每次領藥週數，依合約醫師專業認定，且一次最多可領 4 週。
- **全程關懷，發展團隊**  
於職場、學校、軍隊、監所等場域，團隊出擊，提供戒菸衛生教育指導、諮詢、戒菸教育服務。

理服務；並透過整合轄區內資源，於職場、學校等場域，團隊出擊，提供戒菸衛生教育指導、諮詢、戒菸教育服務！使更多吸菸者主動利用戒菸服務，成功戒菸者亦將隨之增加，對於成人吸菸人數的減少有正面的幫助。

表 1-8 戒菸服務沿革表

項目	2002	2003 ~ 2004	2005	2006	2012.3	2012.9	2014.5
醫事人員	家醫科 / 內科	家醫科 / 內科 精神科	專科醫師			專科醫師 藥師 戒菸衛教師	專科醫師 牙醫師 藥事人員 戒菸衛教師
療程	每年 1 療程 (8 週)		每年 2 療程 (每療程 8 週)				
場域	門診				門診 住院 / 急診	門診 / 住院 / 急診 / 藥局	
治療服務費	250 元 / 次		350 元 / 次	250 元 / 次			
藥品費	250 元 / 週		400 元 / 週	250 元 / 週	◎ 依公告額度補助		
	-		低收入戶：500 元 / 週		◎ 利用者比照一般健保用藥繳部分負擔 (醫療資源缺乏地區再減免 20%；低收入戶、山地離島地區全免)		
孕婦轉介費	-		100 元 / 每次懷孕				
戒菸衛教費	-		-			100 元 / 次	
個案追蹤費	-		-			50 元 / 次	

### 戒菸治療全面啓動

- **住院、急診亦可戒菸**：把握機會，不限門診。
- **戒菸衛教，團隊出擊，共同照護**：用藥之外，亦給付 16 次戒菸衛教關懷及追蹤。
- **個案管理，全程追蹤**：3 個月及 6 個月個案追蹤。
- **雙重努力，論服務計酬 + 論表現計酬**
  - 論服務計酬：新增「戒菸服務品質改善措施」，接受各合約醫事機構申請辦理；經審查通過者，將取消該合約醫事機構戒菸服務量年度申報人次上限。
  - 論表現計酬：視年度服務量、個案戒菸情形填報率、戒菸成功率、成功戒菸之單位成本等服務績效，擇表現優異者，以醫事機構為單位，予以獎勵。





為瞭解門診藥物戒菸治療服務之效益，以電話訪問方式追蹤接受戒菸服務個案之 6 個月戒菸成功率（即自治療開始算起 6 個月時間點回推 7 天維持不吸菸之個案），自 2009 年 1 月至 2013 年 12 月止接受戒菸服務之戒菸成功率（圖 1-6），各層級醫事機構 6 個月點戒菸成功率以社區藥局 36.9% 最高，戒菸成功人數則以基層診所最高，而基層診所以分布較廣且具便利性之優勢，服務人數也最多（表 1-9）。

表 1-9 2002 ~ 2013 年不同層級醫事機構戒菸服務之成效

層級別	人數	人次	6 個月點戒菸成功率	戒菸成功人數
醫學中心	31,277	74,164	33.2%	10,392
區域醫院	61,639	153,744	30.5%	18,790
地區醫院	61,943	164,643	26.2%	16,210
基層診所	380,085	1,345,758	22.3%	84,778
衛生所	82,517	225,241	27.6%	22,783
社區藥局	4,452	28,435	36.9%	1,644
總計	575,847	1,991,985	25.0%	143,933

資料來源：國民健康署委辦戒菸治療管理中心

2012 年為二代戒菸治療試辦計畫第一年，為激勵醫事機構積極參與二代戒菸服務，擴大服務的可近性與選擇性，幫助更多民眾接受戒菸服務，再於 2013 年底公開表揚戒菸績優王、戒菸服務王及戒菸成功王（表 1-10），並邀請績優醫事機構分享辦理二代戒菸服務之心得與成果，藉此學習及經驗分享之平臺，促進醫事機構間之交流。

表 1-10 2013 年二代戒菸服務績優醫療院所

獎項	名額	名次	醫事機構名稱
戒菸績優王 (每床服務人數 + 成功率)	醫學中心	1	成功大學附設醫院
		2	亞東紀念醫院
		3	高雄榮民總醫院
		4	高醫附設中和紀念醫院
		5	馬偕紀念醫院
	區域醫院	1	衛福部嘉南療養院
		2	衛福部屏東醫院
		3	臺安醫院
		4	高雄市立大同醫院
		5	衛福部彰化醫院
	地區醫院	1	高雄市立岡山醫院
		2	永川醫院
		3	玉里慈濟醫院
		4	臺北市立關渡醫院
		5	健仁醫院
	診所	1	漢諾威家庭醫學科診所
		2	永和耳鼻喉科診所
		3	阿蓮康健診所
		4	永安診所
		5	博文診所

表 1-10 2013 年二代戒菸服務績優醫療院所 (續)

獎項	名額	名次	醫事機構名稱	
戒菸績優王 (每床服務人數 + 成功率)	衛生所	1	新北市蘆洲區衛生所	
		2	新北市三重區衛生所	
		3	新北市林口區衛生所	
		4	新北市樹林區衛生所	
		5	花蓮縣秀林鄉衛生所	
	社區藥局	1	新永安藥師藥局	
戒菸服務王 (每床服務人數)	醫學中心	1	亞東紀念醫院	
		2	馬偕紀念醫院	
		3	高雄榮民總醫院	
		4	成功大學附設醫院	
		5	花蓮慈濟醫院	
	區域醫院	1	臺中榮總嘉義分院	
		2	衛福部嘉南療養院	
		3	臺安醫院	
		4	秀傳紀念醫院	
		5	國軍花蓮總醫院	
	地區醫院	1	永川醫院	
		2	玉里慈濟醫院	
		3	高雄市立岡山醫院	
		4	健仁醫院	
		5	臺北市立關渡醫院	
	診所	1	博文診所	
		2	漢諾威家庭醫學科診所	
		3	黃骨科外科診所	
		4	鍾國章內科小兒科診所	
		5	蘇耳鼻喉科診所	
	衛生所	1	新北市樹林區衛生所	
		2	新北市蘆洲區衛生所	
		3	新北市林口區衛生所	
		4	新北市瑞芳區衛生所	
		5	新北市板橋區衛生所	
	社區藥局	1	新永安藥師藥局	
		2	海山藥局	
	戒菸成功王 (6 個月點戒菸成功率)	醫學中心	1	中山醫大附設醫院
			2	彰化基督教醫院
			3	高雄榮民總醫院
區域醫院		1	衛福部雙和醫院	
		2	臺安醫院	
		3	羅東博愛醫院	
地區醫院		1	彰基鹿基分院	
		2	天主教耕莘醫院永和分院	
		3	從缺	
診所		1	漢諾威家庭醫學科診所	
		2	永和耳鼻喉科診所	
		3	中英診所	
衛生所		1	新北市板橋區衛生所	
		2	新北市樹林區衛生所	
		3	從缺	
社區藥局		從缺		



## 戒菸服務人員訓練

2008 年美國疾病管制局的戒菸實務指引，明確提出具實證的有效戒菸方法；有勸戒比沒勸戒好，醫師勸戒比非醫師有效，團隊勸戒比個人有效；主動提供戒菸服務，病人更滿意；服務項目越多，病人滿意度越高。2009 年美國預防醫學委員會實證建議，臨床人員篩檢所有成人之吸菸狀態，並提供吸菸者戒菸介入。依此顯示，醫事專業人員提供戒菸協助，是實證有效的作法。

研究指出，未接受醫事人員專業協助，靠意志力戒菸的成功率約 3 ~ 5%。因為，菸草中所含尼古丁具有高度的成癮性，不易僅靠吸菸者意志力戒菸成功；需要醫事專業人員的戒菸協助、藥物的控制與心理上支持，故醫事專業人員在戒菸服務更是扮演舉足輕重的腳色。醫事專業人員與吸菸者接觸的機會甚多，加上其醫療專業、形象、公信力與影響力，醫事專業人員是提供戒菸服務的最佳人選。醫師勸告「一句話」，每對 100 個人可以增加 2 ~ 3 個人戒菸成功。一個人戒菸成功，未來 11 ~ 15 年的社會效益是 42 萬元。所以，如果一天接觸 100 個吸菸的人，講了 100 句話勸他們，額外促成 2 ~ 3 個人戒菸成功，這樣就幫社會省下 84 ~ 126 萬元。因此，平均勸一個人戒菸，可節省約 1 萬元，所以，醫療人員的一句話，「不只千金，而是萬金」，講一句話就可能幫國家社會省下萬元！每一個醫療人員都會接觸到吸菸的病人，如果能夠在每一個人接觸到每一個病人時，都問他有沒有吸菸，對每一個吸菸的病人都能很堅定、很關心的勸戒，則每天都可幫社會省下很多萬元。2013 年持續推動如下：

### 戒菸治療醫師訓練

實證醫學研究顯示，由醫師勸導戒菸的效果和其努力成正比；因應「戒菸治療服務計畫」之推動，為瞭解醫師執行戒菸治療之需求評估、現況調查及成效調查等，委託臺灣家庭醫學醫學會辦理「戒菸治療醫師訓練計畫」及補助臺灣兒科醫學會辦理「以實證為基礎之預防醫學課程訓練與行銷：以戒菸治療為例」。

為配合 2009 年度修正之醫療院所申辦門診戒菸服務合約的頻率，戒菸醫師教育訓練課程，原為每年 2 次，增加到 2013 年的 4 次，自 2002 年 6 月至 2013 年 12 月底止，合格受證（學員暨種子教師身分）人數共計 1 萬 1,280 人。而為使

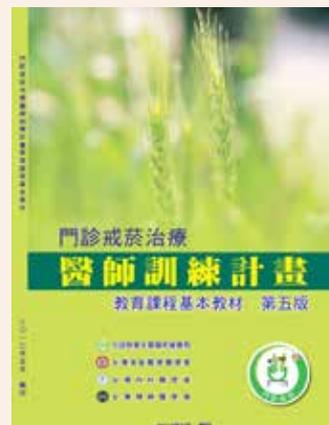


已執行戒菸服務之醫師，獲得繼續教育學習及重點複習之機會，透過線上數位教學課程（多媒體影音課程）及網路通訊教育課程（XMS—數位學習平臺 <http://www.tafm.org.tw>），併同門診戒菸治療管理中心出版之「門診戒菸服務通訊」，以郵寄或網路方式，進行繼續教育及訓練證書期滿換發作業，截至 2013 年 12 月底止共 1,205 人換證。

臺灣家庭醫學醫學會並進行 2013 年度戒菸服務實施現況及障礙相關研究，想要瞭解已完成戒菸治療訓練且與健康署完成簽約、卻很少或沒有執行戒菸服務的醫師，執行戒菸治療服務面臨的困境以及醫師們建議的改革方向，以增加醫師們投身戒菸治療服務的熱情與行動。

在「您最近很少或沒有提供戒菸治療服務，最主要原因」，分析結果最高的為：「願意提供戒菸治療服務，但是想戒菸的病人太少了 (64.2%)」。其次為「願意提供戒菸治療服務，但是想到申報手續及文書工作就不想做了 (33.6%)」、「給付相對偏低，誘因不足 (25.6%)」、「服務的醫療院所相關配套措施不足（例如提供戒菸藥物、行政人員配合） (17.9%)」、「願意提供戒菸治療服務，但是看戒菸病人太過耗時，導致有心無力 (17.4%)」。

醫師不認為有影響的原因為：「因為有年度戒菸治療人次上限，所以不需要太積極看戒菸病人 (7.4%)」、「個人的因素，對於提供戒菸治療服務沒有意願或興趣 (6.1%)」、「服務的醫療院所不鼓勵醫師看戒菸門診 (3%)」，顯示，不管是醫院或是醫師個人因素及看診限制等，對於執行戒菸治療服務與否影響不大。(表 1-11)



▲ 門診戒菸治療醫師訓練計畫教材



▲ 門診戒菸治療輔助手冊



表 1-11 依據資料，您最近很少或沒有提供戒菸治療服務，最主要原因為何？（複選）

	是		否		人數
	n	%	n	%	
1. 服務的醫療院所不鼓勵醫師看戒菸門診	11	3.0	352	97.0	363
2. 服務的醫療院所相關配套措施不足（例如提供戒菸藥物、行政人員配合）	65	17.9	298	82.1	363
3. 個人的因素，對於提供戒菸治療服務沒有意願或興趣	22	6.1	341	93.9	363
4. 給付相對偏低，誘因不足	93	25.6	270	74.4	363
5. 以往申報有不好的審查被核刪之經驗，令人心灰意冷	57	15.7	306	84.3	363
6. 因為有年度戒菸治療人次上限，所以不需要太積極看戒菸病人	27	7.4	336	92.6	363
7. 願意提供戒菸治療服務，但是想到申報手續及文書工作就不想做了	122	33.6	241	66.4	363
8. 願意提供戒菸治療服務，但是看戒菸病人太過耗時，導致有心無力	63	17.4	300	82.6	363
9. 願意提供戒菸治療服務，但是想戒菸的病人太少了	233	64.2	130	35.8	363
10. 其他	69	19	294	81.0	363

資料來源：臺灣家庭醫學醫學會

在「您認為對於提升醫師執行戒菸治療服務意願最有效的改革方向」中，以「改善戒菸治療服務相關行政流程（58.4%）」最高、其次為「提高戒菸治療服務相關經費（57.9%）」、「更嚴格的禁菸法令與措施，增加病人戒菸意願（52.3%）」、「放寬戒菸治療服務計畫限制（如人數限制、戒菸成功率要求）（50.1%）」。只有 17.4% 的醫師認為「加強醫師執行戒菸治療服務能力的訓練」可提升醫師的意願。（表 1-12）

表 1-12 您認為對於提升醫師執行戒菸治療服務意願最有效的改革方向為（複選）

	是		否		人數
	n	%	n	%	
1. 改善戒菸治療服務相關行政流程	212	58.4	151	41.6	363
2. 提高戒菸治療服務相關經費	210	57.9	153	42.1	363
3. 放寬戒菸治療服務計畫限制（如人數限制、戒菸成功率要求）	182	50.1	181	49.9	363
4. 更嚴格的禁菸法令與措施，增加病人戒菸意願	190	52.3	173	47.7	363
5. 提供醫療院所支持戒菸活動的誘因（例如辦理獎勵、表揚績優院所）	106	29.2	257	70.8	363
6. 加強醫師執行戒菸治療服務能力的訓練	63	17.4	300	82.6	363
7. 加強戒菸治療服務宣導	175	48.2	188	51.8	363
8. 其他	19	5.2	344	94.8	363

資料來源：臺灣家庭醫學醫學會

在「關於戒菸治療服務計畫的相關規定，您認為有效的改革方向」中，最有效的改革方向為「若維持每次療程須於 90 天內完成的現行規定，藥品給付週數應放寬至 12 週 (59.2%)」、其次為「戒菸“治療”服務療程及看診次數不應設限 (57.3%)」、「戒菸“衛教”服務療程次數不應設限，接受衛教諮詢更容易 (52.6%)」。顯示，醫師們希望放寬目前對於提供服務量限制。(表 1-13)

表 1-13 關於戒菸治療服務計畫的相關規定，您認為有效的改革方向為（複選）

	是		否		人數
	n	%	n	%	
1. 戒菸“衛教”服務療程次數不應設限，接受衛教諮詢更容易	191	52.6	172	47.4	363
2. 戒菸“治療”服務療程及看診次數不應設限	208	57.3	155	42.7	363
3. 若維持每次療程須於 90 天內完成的現行規定，藥品給付週數應放寬至 12 週	215	59.2	148	40.8	363
4. 醫療院所戒菸衛教、戒菸治療次數年度上限應取消	164	45.2	199	54.8	363
5. 品質提升計畫中達標之戒菸成功率應調低，因為目前很難達到	155	42.7	208	57.3	363
6. 戒菸衛教服務成果不宜僅以戒菸成功率為指標，應以每個個案平均服務次數為品質指標（包括面對面諮詢以及電話關懷）。	157	43.3	206	56.7	363
7. 其他	10	2.8	353	97.2	363

資料來源：臺灣家庭醫學醫學會

在「關於提高醫療院所支持戒菸活動的誘因，您認為有效的改革方向」中，贊成率最高的選項為「依照服務量給予戒菸衛教或治療服務費加成，服務量越多費用越多 (55.4%)」、其次為「依照戒菸成功率給予戒菸衛教或治療服務費加成，成功率越高費用越多 (49.3%)」、「鼓勵醫院申請無菸醫院認證，並依成果給予戒菸衛教或治療服務費加成 (45.5%)」。至於「將戒菸防制指標納入衛生局督導考核項目」僅有 17.9% 的醫師認為有效。分析顯示，戒菸相關費用的實質回饋是最有用的！（表 1-14）



表 1-14 關於提高醫療院所支持戒菸活動的誘因，您認為有效的改革方向為（複選）

	是		否		人數
	n	%	n	%	
1. 鼓勵醫院申請無菸醫院認證，並依成果給予戒菸衛教或治療服務費加成	165	45.5	198	54.5	363
2. 依照服務量給予戒菸衛教或治療服務費加成，服務量越多費用越多	201	55.4	162	44.6	363
3. 依照戒菸成功率給予戒菸衛教或治療服務費加成，成功率越高費用越多	179	49.3	184	50.7	363
4. 將戒菸防制指標納入衛生局督導考核項目	65	17.9	298	82.1	363
5. 菸害防制、戒菸服務達一定指標，健保核刪後點值加回至少 1% 以上	154	42.4	209	57.6	363
6. 每年舉辦戒菸績優王、戒菸服務王評比，表揚績優醫療院所，並公告於國民健康署網頁	89	24.5	274	75.5	363
7. 其他	18	5.0	345	95.0	363

資料來源：臺灣家庭醫學醫學會

由問卷調查結果可發現，是否願意從事戒菸治療服務，醫師個人的意願是很重要的影響因素，而這也可能是影響其是否願意回復問卷的因素。有近 66% 的醫師願意執行戒菸治療服務，但若搭配更嚴格的禁菸法令或措施以提高吸菸病人的戒菸意願，對於提高醫師的意願是有幫助的！另外，針對有開過藥的醫師，應加強醫師心理建設，瞭解協助戒菸並不是一件輕鬆容易的工作，相反的，遇到吸菸病人拒絕是很常態的事情；但



▲ 戒菸醫師訓練課程上課情形

只要加強醫師執行 5A 中的 Ask 及 Advise 技巧及頻率，鼓勵醫師發掘吸菸的病人並設法提高其戒菸動機，將潛在的吸菸病人慢慢轉變為想戒菸的病人，就能增加戒菸病人數並獲得成就感。

提高戒菸治療服務相關經費也可提升醫師執行戒菸治療服務意願，除了提高醫師診察費外，提高戒菸藥物補助費用以及提高戒菸衛教師衛教費用也會很有幫助。若能給付醫療院所 3 個月、6 個月戒菸成功個案激勵獎金，有半數的醫師也認為有助益。

## 藥事人員戒菸衛教師訓練

鑑於社區藥局分布甚廣，幾乎遍及全國各村里與社區，具有便利性、可近性及專業性的優勢，且與社區中吸菸者接觸的機會甚多，為擴大提供戒菸協助之深度與廣度，自 2010 年 5 月開辦藥事人員戒菸衛教師訓練並委託中華民國藥師公會全國聯合會辦理，以提升社區藥師專業的戒菸知能，能提供即時性的戒菸服務。



▲ 藥師使用戒菸三角架衛教民眾

為藉由社區藥局藥師之專業協助吸菸者成功戒菸，並提供戒菸諮詢管理、戒菸相關資訊及瞭解戒菸之重點等，本署特別規劃 48 小時（初階、進階級高階）藥事人員戒菸衛教訓練課程（如表 1-15）。

表 1-15 藥事人員戒菸衛教訓練課程

48 小時訓練課程 完整內容	初階培訓課程 7 小時	進階培訓課程 7 小時	高階培訓課程 34 小時
核心課程 24 小時	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 菸害教育及健康生活習慣 (1 小時)</li> <li>2. 戒菸藥物介紹 (1 小時)</li> <li>3. 藥師如何協助個案戒菸 (1 小時)</li> <li>4. 藥師在戒菸防制的角色功能 (1 小時)</li> <li>5. 戒斷症候群之處理 (1 小時)</li> <li>6. 戒菸諮詢溝通技巧 (2 小時)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 戒菸介入之實證基礎與戒菸指引 (2 小時)</li> <li>2. 電話戒菸諮詢技巧 (1 小時)</li> <li>3. 戒菸衛教師在個案管理中之角色 (1 小時)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 國內外菸害防制政策推展現況 (2 小時)</li> <li>2. 如何規劃及辦理衛教活動 (1 小時)</li> <li>3. 戒菸計畫之規劃、執行與成效評估 (1 小時)</li> <li>4. 戒菸計畫之規劃、執行與成效評估 (1 小時)</li> <li>5. 健康飲食與體重控制 (1 小時)</li> <li>6. 戒菸支持性環境之塑造 (1 小時)</li> <li>7. 自我形象與壓力處理 (1 小時)</li> <li>8. 尼古丁藥理路徑與作用 (1 小時)</li> <li>9. 門診戒菸實務技巧 (1 小時)</li> <li>10. 戒菸班教材說明 (1 小時)</li> <li>11. 戒菸專線業務介紹 (1 小時)</li> <li>12. 社區藥局戒菸實務技巧 (1 小時)</li> <li>13. 戒菸照護自我教材應用 (1 小時)</li> </ol>
小組實作 9 小時		針對戒菸個案之實務操作與小組討論 (3 小時)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 小組實作：如何研擬戒菸計畫幫助個案堅持到底 (3 小時)</li> <li>2. 小組實作：衛教師在病人戒菸用藥中之角色 (3 小時)</li> </ol>
課外實務訓練 15 小時			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 戒菸專線 3 小時</li> <li>2. 戒菸班 6 小時</li> <li>3. 戒菸門診 3 小時 (或戒菸藥局)</li> <li>4. 個案追蹤報告 3 小時 (2 位個案各追蹤 3 次以上)</li> <li>5. 實習心得報告</li> </ol>



2013 年完成進階訓練 10 場次共計 545 人合格，高階訓練 8 場次共 368 人合格，整體而言，經過培訓課程所有學員的課後測驗分數都高於或等於課前測驗分數，有 9 成以上對課程滿意；並建置戒菸個案管理系統，開發藥事人員戒菸諮詢技巧手冊，戒菸服務指引等藥事人員戒菸相關衛教教材；並調查受訓及格人員參與戒菸服務之現況及障礙，作為研擬未來改善方案，俾提升戒菸衛教師之諮詢能力與戒菸管理服務之成效。

社區藥局執行戒菸諮詢及給藥是一項創新服務，培訓及格之藥事人員，將授證成為戒菸衛教師，並成為民眾戒菸衛教服務重要據點，提供民眾更貼心、便捷、周全的疾病預防及健康促進照顧。

### 戒菸衛教人員訓練

鑑於護理人員、社工師、心理師等專業人員，與吸菸者接觸的機會甚多，且其專業具備從事協助戒菸的優越條件，適足勝任戒菸衛教人員，若能具有豐富菸害防制戒菸知能，全面投入醫院、社區、學校及職場等將有助戒菸的普及推動，故本培訓計畫將培育相關人才及推廣菸害防制及戒菸教育。

2013 年除由縣市衛生局辦理初階訓練課程外，並委託台灣護理學會辦理訓練計畫，包括（1）辦理戒菸衛教人員進階及高階、種子師資訓練（2）定期更新「臺灣菸害防制衛教師聯盟」網站（3）製作戒菸衛教人員相關教材（4）辦理戒菸服務績效與成果調查（5）發展戒菸衛教人員分區輔導模式。

訓練課程內容包含菸害防制政策、戒菸之實證基礎、戒菸用藥問題、行為改變技巧、支持性環境塑造等核心課程 25 小時；小組實際討論、演練及報告等小組實作課程 10 小時；至戒菸專線、戒菸班和戒菸門診現場實習等課外實務訓練 15 小時，使學員將理論運用於實務之中，並瞭解各種戒菸資源間如何協調合作之實務訓練（表 1-16）。



▲ 社區藥局戒菸 DM- 民眾版正面



▲ 社區藥局戒菸 DM- 民眾版反面



▲ 戒菸衛教人員訓練 - 學員上課情形

表 1-16 戒菸衛教人員訓練課程

50 小時完整訓練課程	初階培訓課程 7 小時	進階培訓課程 8 小時	高階培訓課程 35 小時
核心課程 25 小時	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 菸害防制的國內外推動現況與臺灣的菸害防制法 (30 分鐘)</li> <li>2. 菸害的認識、及抽菸與疾病的相關性 (1 小時)</li> <li>3. 尼古丁、菸癮與戒菸藥物的使用 (1 小時)</li> <li>4. 戒菸的行為改變模式與策略 (1 小時)</li> <li>5. 健康生活型態與戒菸 (30 分鐘)</li> <li>6. 拒菸與戒菸資源 (30 分鐘)</li> <li>7. 團體戒菸 &amp; 拒菸帶領技巧 (1 小時)</li> <li>8. 地方推動菸害防制卓越案例分享 (30 分鐘)</li> <li>9. 戒菸計畫書撰寫 (30 分鐘)</li> <li>10. CO 測試儀操作指導 (30 分鐘)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 二代戒菸服務與菸害防制 (1 小時)</li> <li>2. 戒菸諮詢與溝通技巧與案例解析 (1 小時)</li> <li>3. 如何幫助個案堅持到底預防復吸 (1 小時)</li> <li>4. 成功規劃戒菸班課程及教材 (1 小時)</li> <li>5. 如何規劃及辦理菸害防制宣導活動 (1 小時)</li> <li>6. 如何引起戒菸動機? (1 小時)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 吸菸者觀點：戒菸之路多艱辛 (1 小時)</li> <li>2. 戒菸介入之實證基礎與戒菸指引 (1 小時)</li> <li>3. 自我形象 (1 小時)</li> <li>4. 壓力處理與人際關係 (1 小時)</li> <li>5. 戒菸藥物治療：藥物治療常見問題與對策 (1 小時)</li> <li>6. 國民健康局門診戒菸業務介紹 (1 小時)</li> <li>7. 戒菸管理師角色與實務 (1 小時)</li> <li>8. Life Skill 如何運用於戒菸 (1 小時)</li> <li>9. 青少年戒菸課程 (1 小時)</li> <li>10. 戒菸專線實習 (1 小時)</li> <li>11. 戒菸班教材實務應用技巧 (1 小時)</li> <li>12. 戒菸班執行常見問題及困難解決 (1 小時)</li> </ol>
小組實作 10 小時		<p>小組討論：如何幫助病人堅持到底？(2 小時)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 小組討論：青少年戒菸 (2 小時)</li> <li>2. 小組討論：衛教師在病人戒菸用藥中之角色 (2 小時)</li> <li>3. 小組討論：如何推動菸害防制業務 -- 內容面及架構建置及困難排除 (2 小時)</li> <li>4. 小組討論：戒菸班常見之問題及困難解決 (2 小時)</li> </ol>
課外實務訓練 15 小時			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 戒菸專線 3 小時</li> <li>2. 戒菸班 4 小時</li> <li>3. 戒菸門診 4 小時</li> <li>4. 個案追蹤報告 4 小時 (2 位個案各追蹤 3 次以上)</li> <li>5. 實習心得報告</li> </ol>

2013 年已完成 9 場進階訓練及 7 場高階訓練，其中進階訓練共計 749 位學員全程參與並通過訓練，並有 8 成以上的人員對課程感到滿意；高階訓練共計 416 位參訓學員，並有 8 成以上的人員對課程感到滿意；在課程成效評估部分，經前後測試結果初、進階學員對於菸害防制知識分數，於接受課程後均顯著提高。

2013 年「臺灣菸害防制衛教師聯盟」網站提供已接受過菸害防制相關訓練或目前為菸害防制承辦人員戒菸相關問題諮詢與交流平台，並提供學員下載課程及戒菸相關資訊，以利訓練課程內容的學習，另 2013 年新增問卷追蹤調查功能，也提供講師上課講義以利學員持續與便利之自學資源，並完成三個版本（住院、門診、社區）之「簡易戒菸評估及戒菸轉介的實務操作單張」，內容主要根據 2A+R (Ask、Advise、Refer) 製作，即使該護理人員未受過菸害防制訓練，亦可按照本操作單張所示之臨場評估，簡易指導轉介給相關單位或人員，該單張將廣泛使用於醫院、社區及相關健康照護場域，全面推動簡單戒菸篩檢及強化護理人員參與戒菸與菸害防制服務。



## 戒菸專線服務

為提供吸菸者可近性及有效性之戒菸服務，參考美國加州戒菸專線模式，臺灣於 2003 年委託民間成立亞洲第一個「戒菸專線服務中心」，利用電話的便利性、隱密性，結合專業心理諮商，提供免付費的電話戒菸諮商服務（0800-636-363）。

戒菸專線服務時間為每週一至週六，每日的上午 9 時至晚上 9 時，提供國、臺、客、英等語言的服務，並依來電者之需求，提供轉介、諮詢、宣導資料等服務。運用電腦資訊化管理，接受服務之個案先進行吸菸狀態評估，並視需要提供簡短諮詢進入後續多次個案管理服務者，由戒菸諮詢人員與戒菸者共同擬定戒菸計畫、並提供戒菸相關資訊後，原則上安排與個案進行一週 1 次，每次 20 ~ 30 分鐘之個案管理服務，過程約 5 ~ 8 週完成。為瞭解個案的戒菸情形，於個案管理服務結束後，持續追蹤戒菸者之情況，針對接受服務個案進行 1 個月、3 個月及 6 個月的電話戒菸成功率追蹤調查。

自 2003 ~ 2013 年提供電話諮詢量達 81 萬 2,480 人次，2003 ~ 2013 年個案管理量 19 萬 2,459 人次；接受服務個案服務之整體滿意程度歷年均有超過 80%，且多次諮商戒菸成功率超過 30%（圖 1-7）。



▲ 戒菸專線服務人員



▲ 戒菸專線服務中心



圖 1-7 歷年戒菸專線服務量情形

菸害防制法新規定於 2009 年 1 月 11 日上路，除各縣市政府、醫療相關單位致力宣導，再加上播出健康危害訴求之媒體廣告（如：肺泡廣告、焦油廣告）、菸盒警示圖文及同年 6 月菸品健康捐調漲等因素，促使戒菸氛圍逐漸提高，2009 年 11 月戒菸專線來電量是 2008 ~ 2012 年之最高點。為提供支持性環境，協助吸菸者戒菸，2010 年「戒菸行動年」紛紛動員各界、醫藥衛生專業人員加入「搶救生命大作戰」的行列，製作「戒菸專業篇」宣導帶於 2010 年 10 月至 11 月播出，加強宣導專業人員協助戒菸的重要性，期間戒菸專線服務中心來電量 11 月份較 10 月份增加約 1.5 倍，依線上服務人員談話經驗中發現，來電民衆肯定該廣告對於戒菸資源的介紹，協助他們認識並進一步使用戒菸專業協助。2011 年以透過親情訴求「新娘篇」及藝人證言戒菸經驗「戒菸鬥士篇」等主題的多元媒體宣導，提醒吸菸者及早戒菸，並呼籲民衆重視吸菸及二手菸危害。2012 年 3 月起實施二代戒菸治療試辦計畫，大幅降低戒菸治療的經濟負擔，更有立即的健康效益，讓戒菸者賺很大，也更為提升民衆戒菸意願，且配合親情訴求「新娘篇」與抗癌鬥士「徐風獨白篇」的媒體宣導，呼籲癮君子們切勿輕忽吸菸對健康的危害並一同為愛加入戒菸行列（圖 1-8）。

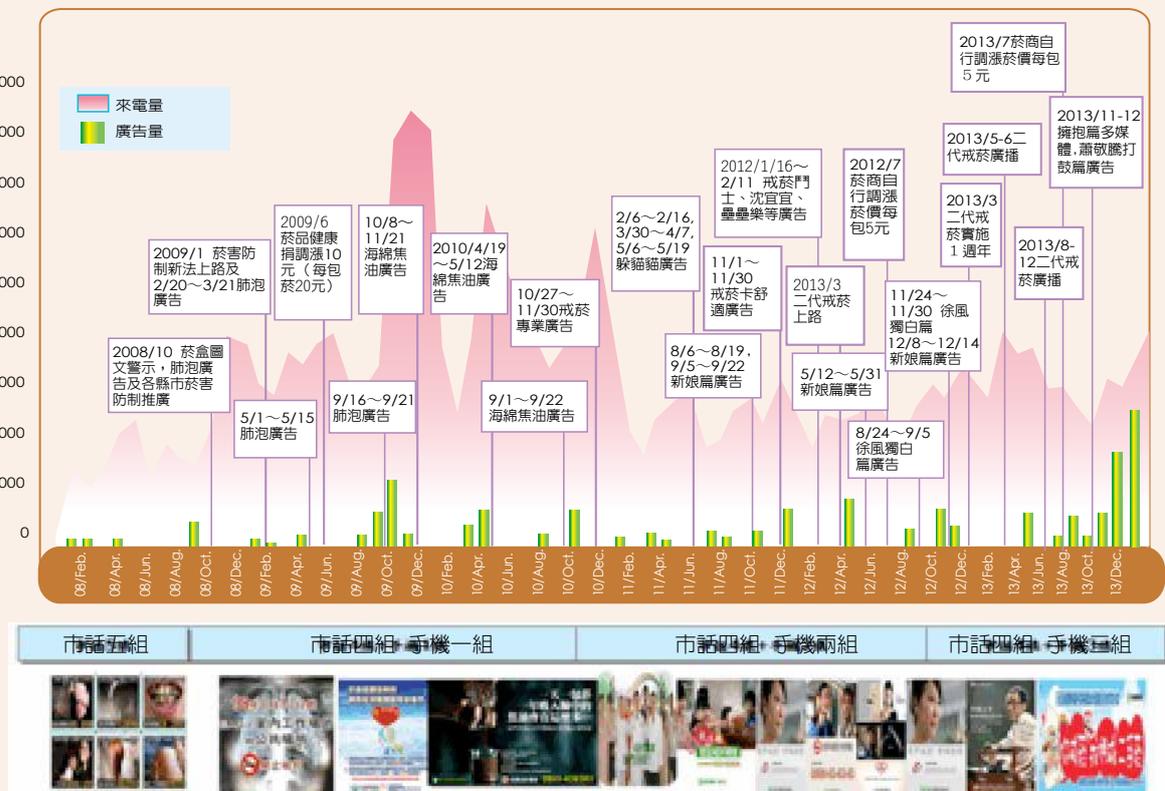


圖 1-8 歷年每月主動來電量



因應時代變遷，民衆溝通媒介的轉變，傳統市內電話已不再是唯一的溝通媒介，故免付費電話已加入了行動電話撥入、簡訊及網路等服務，自 2008 年 6 月加入了行動電話撥入與行動電話簡訊之服務，及因應大量來電與民衆使用手機之普遍性，於 2010 年加開手機線路，以提高民衆撥打戒菸專線的方便性及增加社會支持的管道，讓戒菸變得更容易，以提升吸菸者之利用。另已取得澳洲戒菸專線廣告版權，結合 2009 年 1 月 11 日菸害防制法新規定施行，重新製作「新規定上路快戒菸」媒體廣告，及結合政府機構、醫療機構、職場、校園及社區等外部資源結合及分衆行銷。

依美國疾病管制局建議之服務品質指標與臺灣的戒菸專線服務相比較，2013 年臺灣戒菸專線民衆要求立即諮商率為 99.98%，高於美國 CDC 建議指標 50%（表 1-17）。

表 1-17 美國疾病管制局建議指標與我國戒菸專線現況之比較

服務指標	美國 CDC 建議指標	2013 臺灣戒菸專線現況
接通率	90%-95%	92.85%
30 秒內接通率	100%	96.96% (20 秒內接通率)
留言 24 小時內回覆率	100%	100%
48 小時內寄發手冊及相關資料時間	48 小時內	48 小時內
民衆要求立即諮商率	50%	99.98%

資料來源：國民健康署委辦戒菸專線服務中心

以 2013 年戒菸專線之服務人數與戒菸成功率，推估直接效益，戒菸後第 11 ~ 15 年間可節省「可歸因於吸菸醫療成本」約新臺幣 1,387 萬元（單次個案管理）至 1,168 萬（多次個案管理）之間；在間接效益方面，於戒菸後 15 年「拯救生命品質人年所節省的成本」約新臺幣 1,436 萬元~ 4 億 2,800 萬元之間，總成本效益約為 10 億 1,600 萬元。2013 年每投入 1 元成本，可獲得 58.90 元的效益，平均 1 位個案所花費成本為 3,865 元（表 1-18）。

表 1-18 2013 年戒菸專線服務中心長期直接成本效益計算表

(單位：元)

性別	長期直接效益分析		
	男性	女性	總計
單次個案管理	9,551,483	4,320,827	13,872,310
二次個案管理	26,865,979	7,123,636	33,989,615
多次個案管理	895,384	273,509	1,168,893
總計	31,995,067	7,159,634	39,154,701

資料來源：國民健康署委辦戒菸專線服務中心。

延續 2010 年「戒菸行動年」之概念所形成的「戒菸共同照護網」，聯結國內相關醫療、衛生單位等相關戒菸治療資源，2011 年藉由網絡連結的策略，鼓勵更多吸菸民衆，透過不同

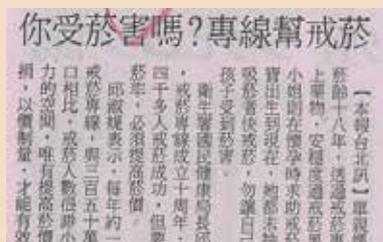
## 102 戒菸十年有成暨成功個案回娘家記者會



▲ 邱淑媿署長與成功戒菸者合影



▲ 「健康」、「自由」、「希望」、「財富」戒菸成功者最好的收穫



▲ 102年6月2日人間福報刊載: 你受菸害嗎?專線幫戒菸



▲ 102年6月2日人間福報刊載: 18年菸癮, 為寶貝戒了



▲ 102年6月02日聯合報刊載: 顧胎兒甩8年菸癮, 俏媽喜迎新生



管道認識並利用政府提供之戒菸治療資源，嘗試戒菸，以邁向健康的生活，而在「戒菸共同照護網」計畫中，戒菸專線為一資源整合平臺，各地民衆除了可利用戒菸專線 0800-636363 的免付費電話進行戒菸諮詢以及索取戒菸相關資訊，另外，醫療或是衛生單位醫護、公衛人員亦轉介有意願嘗試戒菸的民衆，利用戒菸專線的資源，協助其戒菸成功，並於 2013 年辦理「戒菸專線 10 年有成暨成功個案回娘家記者會」活動。未來將持續透過多元宣導管道，以提升吸菸者利用，並持續維持服務品質及依品質管控指標，提供品質回饋，以持續提供吸菸者兼具品質及有效之戒菸專線服務。

而為了更進一步讓吸菸民衆得到更便利的戒菸治療，2012 年 3 月份國民健康署推動「二代戒菸治療試辦計畫」，除了讓民衆取得更便宜的戒菸用藥外，亦廣設戒菸衛教師，由專業醫療人員於民衆戒菸時提供諮詢服務，讓戒菸者擁有更多元的協助。近年的政策推廣以及相關戒菸治療計畫的推動，都造成大環境的轉變，而社會鼓勵戒菸氛圍影響下，戒菸專線服務中心隨之躍升為臺灣戒菸服務體系中重要一環。

## 戒菸班

為鼓勵吸菸者戒菸，各縣市衛生局業提供各項可近性戒菸資源服務，除持續推動醫療院所或藥局提供戒菸治療或衛教服務，也結合藥局、各局處、民間社區資源等多元管道加強向民衆宣導戒菸服務，亦透過結合醫療院所等方式辦理戒菸班，並透過各項活動及關懷以提升吸菸者之戒菸意願，並於戒菸班結束後，持續追蹤戒菸個案後續於數週、數月等之戒菸情形，最長持續 1 年。另外各衛生局亦辦理青少年戒菸班，提供青少年戒菸服務，針對有戒菸意願之學生運用同儕團體力量，強化戒菸動機及提升戒菸自我效能。



▲ 戒菸班邀請藝人趙舜現身說法自身戒菸故事



▲ 高中校內查獲吸菸者之戒菸教育

## Quit & Win 戒菸就贏活動結果

### Quit & Win 戒菸就贏活動

「Quit & Win 戒菸就贏」自 1994 年由芬蘭衛生部首度主辦以來，世界各國紛紛加入參與，是結合世界各國共同參與的一項國際性的成人戒菸比賽。來自世界各地的參賽者在同一時期進行連續四週的戒菸，在比賽的期間內，能完全不吸菸的參賽者，就有機會贏得國際大獎，此競賽活動，自 2000 年起即獲得世界衛生組織（WHO）的公開支持與肯定。Quit & Win 每兩年舉辦一次，至多曾串連全球 80 個國家、70 萬組人次共同參與。

本署自 2002 年至 2012 年公開徵求民間辦理「Quit & Win 戒菸就贏」，六屆活動總共吸引超過 14 萬多名癮君子體驗戒菸，根據統計，每屆皆有約 35.0% 的一年戒菸成功率。

且為瞭解「戒菸就贏比賽」參賽者的戒菸成功率，評估戒菸活動的完整效益，作為未來政府部門推動其他戒菸活動的參考，依照國際規定，歷屆皆於賽後一年進行追蹤評估調查。針對「2012 戒菸就贏比賽」，係透過兩種調查方式，第一種為電話訪問的方式，針對參賽者的戒菸動機與期望、比賽期間及賽後迄今的戒菸情形、戒菸過程之干擾或支持因素、活動效益、滿意度等相關議題進行調查與分析。再延續電訪調查議題，使用第二種調查方式「焦點座談法」，深入解析參賽者的「吸菸經驗」、「戒菸經驗」與「參與『2012 戒菸就贏比賽』」的經驗與想法。

此外，也對 22 縣市衛生局承辦人員發出問卷，從訊息媒介、支持性及活動效益瞭解戒菸就贏比賽舉辦的適切性。各項調查結果簡述如下：

#### 一、電話訪問調查結果：

（一）考量到吸菸影響自己的健康是主要參與比賽的動機。

在參賽動機方面，以考量到「吸菸影響自己的健康」（41.6%）為主因的比率最多。

在期望目標方面，有 7 成 4 的參賽者表示希望藉由比賽完全戒菸。

（二）活動當月戒菸成功率為 7 成 5，一年後成功戒菸率為 3 成 8。

有近 7 成 5 的參賽者表示參加活動的一箇月中完全沒有吸菸，而從比賽期間迄今則有 37.8% 的參賽者表示已經完全沒有吸菸了。

（三）多數未戒菸者於活動結束後 1、2 個月開始吸菸，周圍有人吸菸是戒菸失敗的主因。

1. 活動期間有戒菸，但之後又開始吸菸者，有 28.3% 在 2012 年 7～8 月份開始吸菸。



2. 未戒菸者有 75.6% 表示戒菸失敗的原因是「因為周圍有人吸菸」，其他因素依序包括「生活環境或工作壓力大」及「菸癮忍不住」。

(四) 多數參賽者沒有輔以其他戒菸方法，家人是戒菸過程的主要支持。

1. 59.6% 的參賽者，表示戒菸過程沒有輔以其他戒菸方法。

2. 62.4% 的參賽者，表示戒菸過程有來自家人的正面支持。

(五) 得知本活動的訊息管道，以衛生局 / 所為首位。

得知活動的訊息以衛生局 / 所得知為首位，其次為家人，再其次為其他網站。在其他網站中，又以參賽者忘記在哪個網站看到的比率最高，其次為雅虎奇摩網站。

(六) 6 成 9 參賽者對於活動所提供的訊息有正面評價。

(七) 約 9 成 4 參賽者支持未來舉辦戒菸就贏活動。

(八) 約 7 成 5 參賽者會向他人推薦戒菸就贏比賽。

(九) 約 8 成 7 參賽者肯定戒菸就贏活動的效果。

(十) 約 2 成 5 參賽者表示活動期間身旁有正在一起戒菸中的親友，但沒有參與此次活動。

(十一) 參賽者對戒菸就贏比賽的具體建議，以「多加宣導與推廣戒菸活動」、「獎金提高 / 參加者皆有獎 / 獎項增加 / 補助品增加」、「事後定期關懷追蹤」的比率較高。

## 二、焦點座談訪問結果如下：

(一) 開始吸菸動機：

受到同儕與環境影響開始吸菸，如同儕壓力：「不吸菸就漏氣」、「藉由吸菸來融入職場生活圈」、「敬菸」等。其中特定環境，如軍隊、校園、工廠工作等，是養成吸菸者吸菸習慣之重要據點。另外受到古惑仔類型電影的影響，吸菸 = 男生 = 很厲害 = 不良分子，亦連結在吸菸者腦海中。

(二) 家人的鼓勵與勸戒為戒菸動機重要因素之一：

吸菸者在開始吸菸時，若缺乏家庭成員有力的勸戒，加上家裡有人吸菸，會支持吸菸者持續吸菸，養成吸菸習慣。另外與家庭關係較差的吸菸者，缺乏家庭成員的勸戒，加上生活重心往同儕位移，易受同儕互相影響而吸菸。

(三) 戒菸動機：

考量自身與家人健康、吸菸場地變少、家人鼓勵與勸戒、自覺受到身邊的人討厭與菸品花費日益增加，是引發吸菸者決定戒菸的動機。另外在工作或宗教所扮演的角色，其角色理念及價值觀與吸菸行為相悖時，亦會導致吸菸者決定戒菸。

(四) 戒菸方法：

受訪者在戒菸期間有尋求戒菸門診，搭配藥物進行戒菸，但部分吸菸者表示藥物成效不佳，或是對於吃藥會有礙身體健康的想像。亦有受訪者使用戒菸貼片，但效用因人而異，且戒菸貼片會有皮膚騷癢之副作用。此外親密朋友的支持，加上執行逐步減少菸量的方式進行戒菸、遠離吸菸同儕、持續運動、吃東西等轉移注意力、喝酸性與濃稠飲料來抑制菸癮、使用各種方法來對於菸品產生「臭」的觀感，皆是受訪者戒菸手段之一。

(五) 本次活動得知管道：

本次與會的參賽者，藉由不同的管道資訊來得知本次「戒菸就贏比賽」活動，如透過網路 Facebook、報章雜誌、軍隊、鄉公所等通路得知。

(六) 活動建議：

加強本活動的宣傳、行銷方面需多加琢磨；詳細說明活動獎金發放的標準與本次活動的宗旨及立意；加入減重活動一同辦理，以增加參賽意願；針對明顯影響吸菸者牙齒的外觀作聚焦式負面宣傳。

(七) 主動推薦他人本活動訊息之意願：

部分受訪者表示，雖然自身戒菸成功，但是自身成功經驗難以撼動吸菸者欲參加的動力；除非吸菸者本身有戒菸的想法，否則部分受訪者不會主動告知活動訊息。而在參賽期間本身尚未戒菸成功者，亦不會主動告知身邊吸菸者去戒菸。

### 三、縣市衛生局承辦人員問卷調查結果：

(一) 訊息媒介

在「訊息媒介」中，有 88.5% 的縣市衛生局承辦人員認為透過「衛生局 / 所」是最有效的訊息傳達方式。



有 91.5% 的縣市衛生局承辦人員認為以上管道對於推動「2012 戒菸就贏比賽」業務是「有幫助」的。

### (二) 支持性

在「支持性」中，有 88.4% 的縣市衛生局承辦人員「同意」衛生福利部國民健康署及董氏基金會提供了適當的協助與支持。

有 77.0% 的縣市衛生局承辦人員「支持」衛生福利部國民健康署繼續舉辦兩年一次的「戒菸就贏比賽」。

### (三) 活動效益

在「活動效益」中，有 67.4% 的縣市衛生局承辦人員認為「2012 戒菸就贏比賽」，對吸菸者嘗試戒菸的幫助程度是「有幫助」的。有 61.5% 縣市衛生局承辦人員認為比賽對推動菸害防制業務是「有幫助」的。

由以上結果可瞭解參賽者的戒菸成功率，完整評估「2012 戒菸就贏比賽」的活動效益，作為未來政府部門推動其他戒菸活動的參考。



▲ 邀請藝人蕭敬騰公益代言「拒一口菸 就是爭一口氣」戒菸大使



▲ 「拒一口菸 就是爭一口氣」人形立牌海報

## 價格措施

### 菸品健康福利捐評估

吸菸與二手菸為導致多項疾病與死亡之最重要因素，世界衛生組織指出，每年全球有 600 萬人因菸害喪命，平均每 5 秒就有一人因菸害相關疾病死亡，世界衛生組織並建議以調高菸品稅捐的方式提高菸價是最有效的菸害防制策略。

依菸害防制法第 4 條第 1 項規定：「菸品應徵健康福利捐，其金額如下：1. 紙菸：每千支新臺幣 1 千元；2. 菸絲：每公斤新臺幣 1 千元；3. 雪茄：每公斤新臺幣 1 千元；4. 其他菸品：每公斤新臺幣 1 千元」。同法第 4 條第 2 項規定：「前項健康福利捐金額，由中央主管機關及財政部每 2 年邀集財政、經濟、公共衛生及相關領域學者專家，依下列因素評估 1 次，包括：1. 可歸因於吸菸之疾病，其罹病率、死亡率及全民健康保險醫療費用；2. 菸品消費量及吸菸率；3. 菸品稅捐占平均菸品零售價之比率；4. 國民所得及物價指數；5. 其他影響菸品價格及菸害防制之相關因素。」再依同法第 4 條第 3 項規定：「第 1 項金額，經中央主管機關及財政部依前項規定評估結果，認有調高必要時，應報請行政院核定，並送立法院審查通過。」

世界衛生組織建議，菸品稅捐至少占菸價的 70%，我國目前僅約 54%，若欲達最低標，尚須調高至少 36.7 元。本署依上開規定，邀集學者專家及財政部完成「菸品健康福利捐評估會議」，依會議結論，基於國際菸價現況與菸害防制目標，我國菸價過低、稅捐占菸價比率亦過低，實有大幅調漲菸捐之必要。目前刻修正「菸害防制法第 4 條、第 35 條條文」，調高菸品健康福利捐，建議從現行每包 20 元調漲為每包 40 元；另財政部亦同時修正「《菸酒稅法》第 7 條條文」，首度調



▲ 2013.3.20 民衆日報



▲ 2013.5.23 新莊報



http://tobacco.hpa.gov.tw

漲菸稅，預計每包菸稅調漲 5 元，從 11.8 元調高至 16.8 元。此二修正草案已於 2013 年 5 月 9 日經行政院院會審查通過，送請立法院審議，並於 2013 年 5 月 17 日一讀通過。

## ● 推動菸捐調漲修法之必要性

### 一、菸捐調整之公共利益

(一) 菸品對國人的危害：菸品是危害健康的頭號殺手，我國每年約 2 萬人死於菸害，其中癌症居首位，占 50%（肺癌 57%、口腔和咽癌占 22%），其次為心血管疾病為 28%、呼吸道疾病為 22%；35 歲以上可歸因於吸菸疾病之經濟成本，總計約 1,414 億元，包括直接國民醫療保健支出約 507 億元（含 300 億元健保醫療支出），以及間接生產力損失約 907 億元；可歸因於菸害之經濟成本占全國 GDP 之 1.04%。以下為國內調漲菸捐之理由分述如下：

1. 成人吸菸率下降趨緩，青少年吸菸率仍高：2009 年調漲 10 元菸捐，成人吸菸率立即由 2008 年 21.9% 下降至 2009 年 20.0%，降幅達 1 成，成效顯著。惟之後下降趨緩，2010 年吸菸率為 19.8%，2011 年為 19.1%，2012 年 18.7%，2013 年 18.0%；青少年吸菸率雖勉力穩住，但下降尚不明顯。
2. 兒童、青少年及女性家庭二手菸暴露嚴重，是菸害防制的死角。家庭不在禁菸法令管轄範圍：

- (1) 依「青少年學生吸菸行為調查」顯示，2010-2013 年國中生家庭二手菸暴露率由 44.2% 下降至 39.3%，雖有些微下降之趨勢，但仍有高達四成國中生暴露於家庭二手菸害中。
- (2) 根據「成人吸菸行為調查」顯示，2008-2013 年女性家庭二手菸暴露率自 26.3% 下降到 24.7%，女性吸菸率則從 4.8% 下降至 3.3%，資料顯示女性菸害來自二手菸暴露遠多於女性自身吸菸。
- (3) 吸菸造成健康不平等，弱勢族群受菸害傷害深：根據 2008-2012



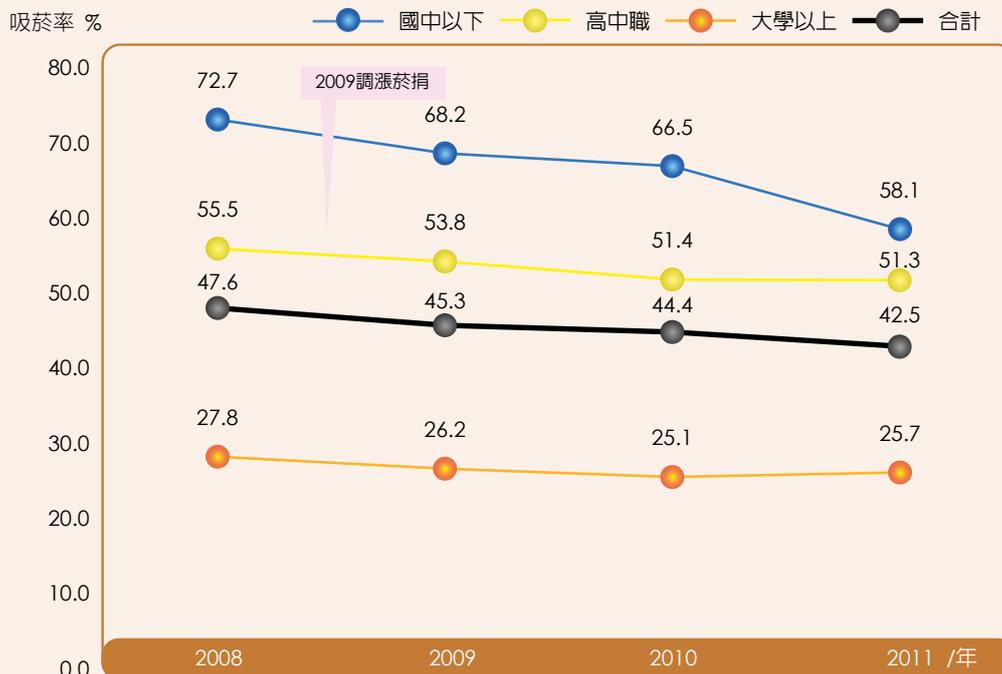


圖 1-9 25-39 歲吸菸率在調整菸捐後下降圖

年成人吸菸行為調查，25 ~ 39 歲男性吸菸率雖由 47.6% 下降至 40.2%，但不同教育程度之吸菸率，仍存在非常大的落差，教育程度越低者，吸菸率越高。2012 年 25 ~ 39 歲男性教育程度大學或以上者，吸菸率為 27.9%，但高中職教育程度者吸菸率有 48.1%，而教育程度在國中或國中以下者，吸菸率仍高達 50.3%！弱勢青壯族群吸菸率最高，貧窮者吸菸，因菸而病，因病而貧，且下一代又跟著吸菸，會加重社會不平等，且代代沿承。

- (4) 我國菸價極低，比泰國、馬來西亞低，與中國大陸接近。若調整購買力再行比較，不僅挪威、紐西蘭、新加坡與香港之菸價仍高達臺灣的 2.5 倍、2.7 倍、2.9 倍與 2.01 倍，連馬來西亞、泰國與中國大陸都已比臺灣貴了（分別為 1.5 倍、1.3 倍、1.04 倍）。菸價偏低，導致國人吸菸率高。

## 二、課徵菸捐具多重效益

- (一) 調高菸捐後，可加速降低吸菸率：依本署 2007 年委託研究價格彈性，與歷年菸害防制相關監測調查結果：菸品價格上升 25 元，可減少 20.8% 吸菸率，及減少 19.3% 消費量，吸菸人口減少約 74 萬人。而 2009 年菸捐調漲 10 元，成人吸菸率



由 21.9% 降至 20%，降幅達 8.7%；紙菸總消費量由 22 億包降至 19 億包，降幅為 13.6%。

- (二) 加強價格以外的菸害防制配套，包括將經費用於禁菸稽查、青少年預防、戒菸服務、私菸查緝等，也就是做到「全套」的菸害防制，達到更好的效果，同時漲價之餘也用於菸捐提供戒菸服務，幫助吸菸者脫離菸癮之苦，兩者相輔相成，更為人道及有效。
- (三) 做為健保安全準備金，彌補全體國民幫吸菸者負擔的健保損失（每年因菸害造成健保的損失達 500 億以上，加上各種社會成本則高達每年 1,400 億元以上）。
- (四) 用在全民的疾病預防、控制上，也就是除了減少健保虧損，還要積極增進健康，這是對全民長期以來幫吸菸者承擔額外保費的一種更積極面的回饋全民。
- (五) 作為照顧弱勢的財源，也就是從有害健康的物質課徵稅捐，化為善款幫助社會最底層的民衆。

### 衛署：漲菸價有助弱勢勞工戒菸

【中央社台北30日電】衛生署今天說，受菸害最嚴重的人就是吸菸者家中的婦幼，提高菸價有助弱勢勞工戒菸。

台灣公共衛生學會、台灣家庭醫學醫學會、兒童聯盟、陽光基金會等團體下午在立法院召開「世界無菸日」記者會，衛生署國民健康局長邱淑媿及中國國民黨副立委楊玉欣、江惠貞也應邀出席記者會，表達支持營造無菸環境，保護婦幼健康立場。

邱淑媿表示，台灣25歲到49歲青壯年男性，有一半人口吸菸，平均每個月花新台幣2100元買菸，若再加上每天上百元檯博，以每月收入2萬5000元計算，約有1/4收入就花掉了，受害最嚴重的是這些吸菸者家中的婦幼，不僅要吸二手菸，經濟也受影響。

邱淑媿說，有人說應該會抽菸的勞工抽得起菸，不應該漲菸捐，但這是盲視弱勢抽菸者，國內外研究都發現，菸菸價調高而戒菸的族群，最多的就是弱勢勞工，預估菸捐漲20元，因此戒菸的就有60萬人，受益最大的就是弱勢勞工及家庭。

江惠貞說，如果家人讓婦幼兒做一頓飯，會抽菸的爸爸就應該為孩子少抽一根菸，共同營造有益幼兒成長及國民健康的有益環境。

楊玉欣認為，二手菸容易讓有過敏體質民眾氣喘，抽菸者也會傷害自己身體，無菸環境被視為無障礙及公共衛生環境一環。

▲ 2013.5.31 新生報





▲ 2013.5.30 台灣公共衛生學會召開記者會：「世界無菸日」- 弱勢的無奈，大多數的沉默。保護婦幼健康，我們不要二手菸！



▲ 2013.5.10 青年日報



▲ 2013.5.24 立法委員召開「菸捐調漲婦幼更健康」記者會

### 三、爭取社會大眾的認同與支持

為瞭解民眾對當前調漲菸捐議題的看法，本署於 2013 年 3 月底至 4 月初，隨機抽樣全國 22 個縣市 1,029 位年滿 20 歲以上之民眾，進行電話民意調查。首先，直接詢問民眾贊不贊成將目前 20 元的菸品健康福利捐調高，有 62.1% 民眾贊成；接著，進一步說明菸品健康福利捐之用途為補助經濟弱勢者保費、補助戒菸、提高癌症和偏遠地區患者的醫療品質，贊成調漲之比率增加至 82.6%。可見大多數民眾支持調高菸捐、用於健康福利。

## ● 推動菸捐調漲之具體做法

### 一、召開跨部會及專家諮詢會議

- (一) 2012 年 9 月 6 日邀集財政部及財政、經濟、公共衛生相關領域學者專家，召開「菸品健康福利捐評估會議」進行評估，結論如下：



1. 基於國際菸價現況與菸害防制目標，我國菸價過低、稅捐占菸價比率亦過低，實有大幅調漲菸捐之必要；惟，實務面無法一步到位，宜採分階段逐步實施，此次建議每包至少需調高 20 元。
2. 為使菸捐發揮最大之健康與福利效益，菸捐調漲之收入，建議第一優先用於青少年菸害防制、菸害宣導、戒菸等菸害防制工作，其次為強化預防保健工作，以增進民眾健康，並減輕健保負擔，包括：婦幼預防保健與照護、癌症防治、慢性病防治、社區健康促進、其他公共衛生事項等減輕經濟弱勢之健保負擔等，由本署進一步審慎研議。
3. 依據上開會議評估本法第 4 條第 2 項相關因素之結論，經與財政部及相關專家學者審慎評估後，確實有調高之必要，擬將本法第 4 條第 1 項所定菸品健康福利捐金額，提高為每千支（公斤）新臺幣 2 千元（即每包 40 元）。

- (二) 2012 年 9 月 11 日邀集菸品健康福利捐受分配單位，召開「菸品健康福利捐分配及運用成效追蹤會議」，瞭解歷年對於捐之執行與各項業務實際成效，及未來業務之需求。
- (三) 2013 年 2 月 22 日邀請反菸團體、醫界及病友團體及菸品業者公會、工會等 70 個相關團體參加，以公開、公正、透明的方式，召開「菸品健康福利捐調整座談會」，廣徵各界意見及蒐集相關利害團體與業者對於菸捐評估之看法。
- (四) 2013 年 4 月 16 日邀集部內菸品健康福利捐受配單位，召開「菸品健康福利捐使用檢討會議」，瞭解運用菸捐執行業務實際成效、檢討改善使用情形，俾使未來調漲後之使用規劃更臻完善。

### 藥師支持漲菸捐、專款專用健康捐

【本報訊】5月13日中華民國藥師公會全國聯合會與20多個醫界團體代表，共同站出來呼籲，立委要守住菸捐漲20元、菸稅漲5元一案，並支持專款專用的健康捐。理事長李國平強調，支持提高菸捐，強化全民衛生福利，他建議，應將菸捐妥善用在對民眾健康與福利有實質效益，如預防青少年吸菸、幫助戒菸、防治菸害導致的疾病，像是癌症、心臟、呼吸道疾病防治等。

台灣醫界菸害防制聯盟指出，吸菸是國人健康的頭號殺手，十大死因中，有六個直接與吸菸有關，四個與吸菸間接有關。台灣地區每25分鐘就有1人死於菸害。菸品所造成的危害，不僅危害健康，且能保實綠的純價，由全民買單。

世界衛生組織指出，調漲菸價，以價制量，是最好的一種菸害防制策略，也最能有效預防青少年吸菸，減少成人吸菸量。

依據衛生署的資料顯示，民國99年，我國的菸品健康福利捐調漲10元，成人吸菸率由21.9%降至20%，降幅達8.7%。另根據研究顯示，台灣菸捐如調漲20元，可以減少15.45%的菸品消費量及16%的吸菸率，使吸菸人口減少60萬人。菸品稅捐如果合計調漲25元，估計將可降低20.8%的吸菸率，減少74萬人吸菸，長期的社會效益約為2,660億元。

藥師公會全國聯合會與20多個醫界團體代表，共同呼籲立委要守住菸捐漲20元、菸稅漲5元。並支持專款專用的健康捐。

▲ 2013.5.10 青年日報

### 8成民衆贊成調高菸捐

記者黃一翔／臺北報導  
為強化菸害防制，政府擬將菸捐調高20元，菸稅調高5元，以支持專款專用的健康捐。衛生署昨日表示，根據一項民意調查顯示，有高達八成民眾贊成調高菸捐，支持專款專用的健康捐。調查顯示，有百分之八十八贊成調高菸捐，支持專款專用的健康捐。調查顯示，有百分之八十八贊成調高菸捐，支持專款專用的健康捐。

衛生署昨日表示，根據一項民意調查顯示，有高達八成民眾贊成調高菸捐，支持專款專用的健康捐。調查顯示，有百分之八十八贊成調高菸捐，支持專款專用的健康捐。

▲ 2013.5.10 青年日報

- (五) 2013年4月19日邀請反菸團體、醫界、病友團體及菸品業者公會、工會等15個相關團體，召開「菸害防制座談會」，瞭解非政府組織團體對菸害防制執行之成果及未來對於菸害防制相關建議，作為後續修訂菸害防制法及調漲菸捐之工作參考。
- (六) 2013年5月17日召開「菸捐成效與未來規劃會議」研商過去菸捐成效，未來菸捐使用重點及說帖紀錄。

## 二、發布菸捐新聞稿

2013年共發布「國民健康局召開菸捐座談會，廣徵各界意見」、「臺灣菸價比東南亞低，衛生署憂菸害難防制！菸捐若加20元，估計吸菸人口可少60萬，勝造101級浮屠！」、「菸品健康福利捐調整程序，一定會經立法院審查」、「取之於菸害，用之於健康！菸品稅捐若增25元，吸菸人口估計可少74萬人！」、「菸品健康福利捐之使用悉依預算法規範，依法分配於健保、醫療發展、防疫、菸害防制、衛生保健、社會福利等，絕非任何單位小金庫」、「菸捐依法定用途，專款專用!!憂菸捐屢遭污名化，國民健康署提出嚴正澄清」、「提高菸品稅捐是降低青少年吸菸率的最有效的策略 菸捐依法定用途，專款專用!!」等與菸品健康福利捐相關之新聞發布。

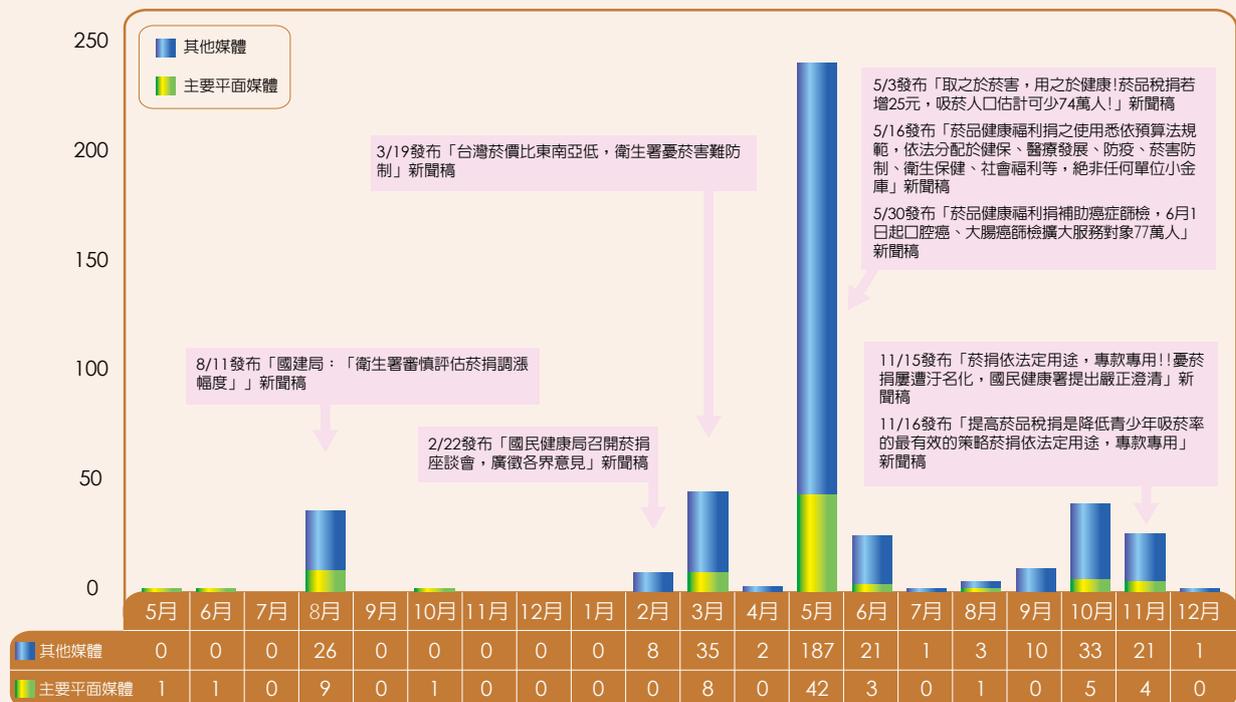


圖 1-10 2012.5-2013.12 菸捐報導 - 媒體數量統計



圖 1-11 2013.2-2013.12 媒體報導菸捐及重要事件

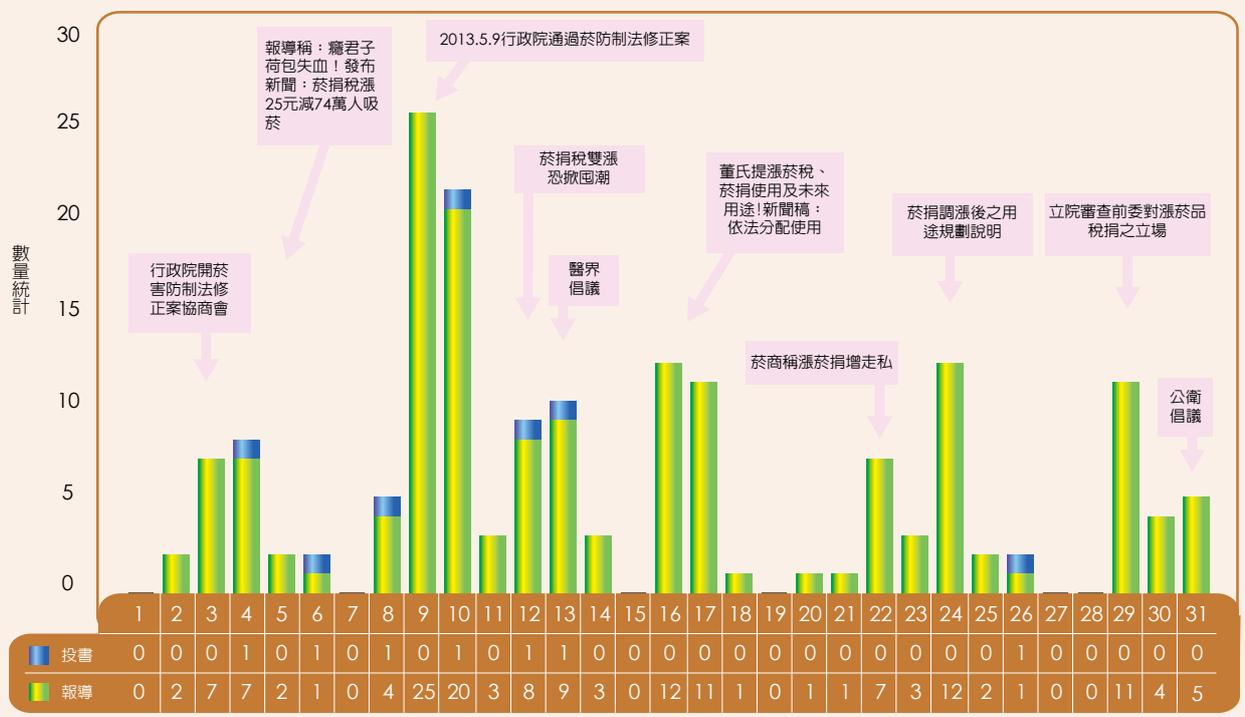


圖 1-12 2013.5 立法院審查法案期間相關報導統計

定義：新聞報導（含平面及電子媒體）內容提到菸捐即納入統計分析

### 三、媒體宣導菸捐使用效益

運用多元媒體宣導菸捐使用效益如下：

- (一) 推動菸害防制，建構無菸環境及預防青少年吸菸：將成人吸菸率由 2008 年的 21.9% 降至 2013 年的 18.0%，減少 54 萬人吸菸，禁菸公共場所二手菸暴露率亦降至 9.2%。
- (二) 在婦幼方面，菸捐每年提供 120 萬人次以上兒童接種疫苗、152 萬小學生口腔保健服務。
- (三) 補助罕見疾病患者及發展遲緩兒童醫療保健服務，嘉惠 1.7 萬人。
- (四) 強化少子化婦幼照護，推出新補助項目，包括新生兒聽力篩檢、孕婦乙型鏈球菌篩檢等，受惠者達 41 萬多人次。
- (五) 在成人健康方面，用於捐推動癌症篩檢，2012 年就因而篩檢 226 萬人次，成功搶救 3 萬人生命。補助設立 8 家癌症卓越研究中心。
- (六) 為因應高齡化社會，菸捐亦用於強化老人健康促進，與慢性病防治，包括：辦理肥胖防治、檳榔防制、三高慢性病防治、高齡友善城市、健康城市、健康職場、健促學校、健促醫院等，落實預防勝於治療之工作。
- (七) 菸捐也用於補助縣市衛生保健工作，占各縣市保健業務 10% ~ 98%（有 15 縣市達 50% 以上），並補助 17 偏鄉醫院成立 24 個急重症照護中心，有效提升醫療品質和偏遠地區照護。
- (八) 社會福利方面，菸捐支撐了全國所有公立（13 家）收容機構之業務，使失依的老人、兒童、身心障礙者得到適宜且持續的照顧。
- (九) 補助 44.6 萬名經濟困難者健保費。同時每年挹注健保 200 億元以上，分擔一部分因吸菸造成的健保損失。



▲ 2013.5.31 中國時報



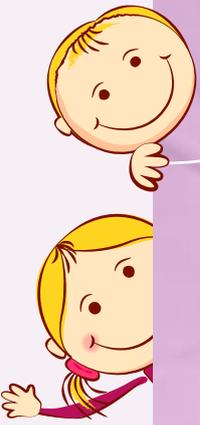
▲ 2013.3.6 新報



# 2

## 減少菸品供應

2014





## ● 菸害防制法執法成效評價

菸害防制工作經多年倡議，民衆對於無菸環境意識提高，大多數民衆亦能配合遵守相關規定，但仍有少數禁菸場所管理人及菸品販賣業者挑戰法律的灰色地帶，因此使減少菸品供應的理想受到挑戰。

自 2004 年起，委託第三公正團體（財團法人中華民國消費者文教基金會），邀集公共衛生、醫療教育及法律專家學者組成工作小組，參照縣市執法的實際狀況，調整擬訂評價標準及執行方式。2013 年為能更全面性瞭解法條執行的成果與問題，有鑑於車站周遭環境，為民衆生活中不可或缺的生活重心，易聚集各式商店及機關，其場所類型較為豐富，得以提供較為全面性的參考，本年度總計訪查 43 個鄉鎮市區共 590 戶，並測試 660 家菸品販賣場所對青少年不得販售菸品之法規認知，另在不在定點、不預期實地觀察調查菸害防制法第十五條禁菸場所情形，共完成 6,600 個樣本。藉以瞭解「菸害防制法」第 5 條、第 6 條、第 7 條、第 9 條、第 10 條、第 11 條、第 13 條、第 15 條和第 16 條規定所落實之情形。

## 22 縣市實地考評

由於實地訪查之地理範圍廣泛，考量人力及經費限制，採非機率取樣的研究設計，透過三階段分層抽樣框架選取樣本，以取得政策執行的相對標準。實地考評共考核「菸害防制法」第 5 條、第 6 條、第 7 條、第 9 條、第 10 條、第 11 條、第 13 條、第 15 條和第 16 條等 9 個法條，2013 年 22 縣市實地考評，其訪查符合「菸害防制法」上述九法條之總合格率为 86.9%，單一法條的總合格率詳述如下：

表 2-1 2013 年縣市實地考評菸害防制法各法條合格率

菸害防制法	合格率 (%)
第 5 條菸品販售方式	100
第 6 條健康警語標示	100
第 7 條菸品尼古丁及焦油含量標示	100
第 9 條禁止菸品廣告促銷	100
第 10 條菸品陳列之限制	98.9
第 11 條禁止免費供應菸品	100
第 13 條拒售菸品予未滿 18 歲者	45.0
第 15 條全面禁菸場所	97.1
第 15 條全面禁菸場所（不定點、不預期實地觀察）	94.7
第 16 條除吸菸區外，不得吸菸，未設吸菸區者，全面禁菸	92.4

整體而言，幾乎所有禁菸場所均有張貼禁菸標示，及菸品販售場所亦有張貼中文警示圖文，對於菸品陳列與展示及菸品販賣場所賣菸予青少年違規情形較多，持續加強宣導與稽查。（圖 2-1）。

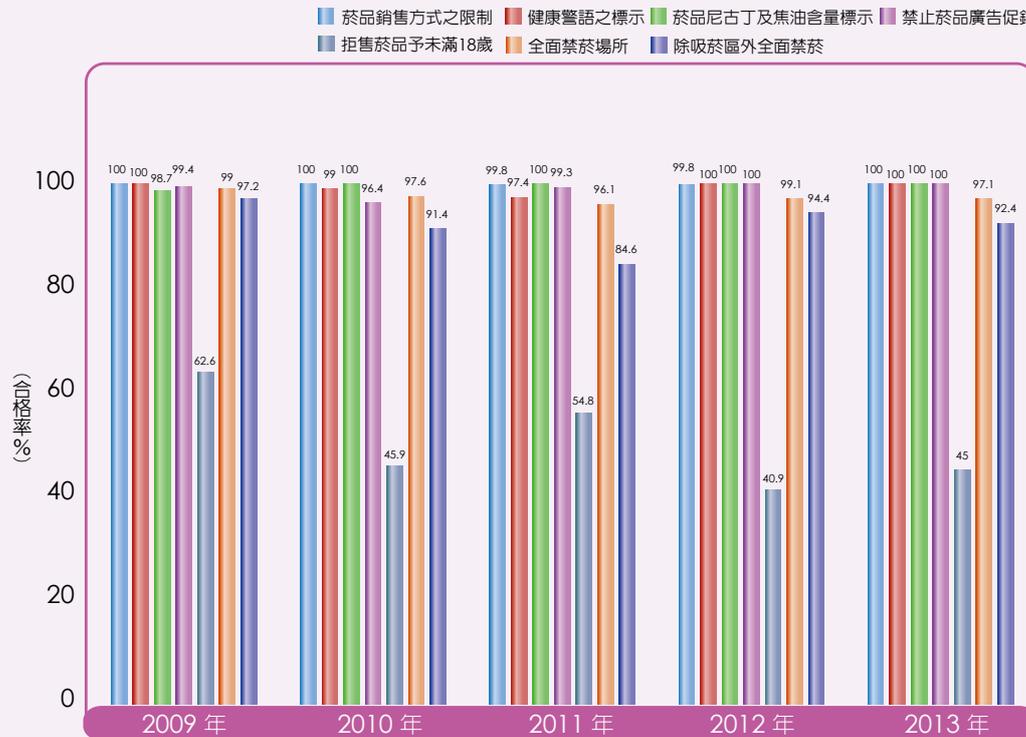


圖 2-1 2009 ~ 2013 年菸害防制法各條文平均合格率比較

### 禁止向未成年人銷售和由未成年人銷售菸品

2013 年青少年吸菸行為調查 (GYTS) 結果顯示，27.7% 國中生在 10 歲以前第一次吸菸，15.1% 高中職吸菸學生在 10 歲以前第一次吸菸。又依菸害防制執法情形實地訪查，由已滿 18 歲者著高中生制服喬裝未成年者購菸之結果，亦顯示 55% 的店家會違規銷售菸品，因此，未滿 18 歲青少年購買菸品，已成為菸害防制的重要議題。

為瞭解連鎖便利超商等業者，是否依法拒售菸品予青少年，於 2013 年 4-9 月間對 22 個縣市的 660 家菸品販賣場所以喬裝測試方式，瞭

**「拒售菸品停、看、聽！」**

• 大成報 2013 年 07 月 09 日 下午 16:59

【大成報記者黃碧娟新北報導】為防止青少年身吸菸與無菸藥壓力、好奇心驅使或同儕之間相互影響，而增加對菸品的需求，新竹市衛生局將於 7 月 9 日（星期二）上午 9 時假衛生局第一會議室（建功二路 20 巷 1 號）邀請禁菸場所、商店、電子遊戲場及販賣菸品等業者參加「菸害防制法研習會」。

依據菸害防制法第 13 條：「任何人不得供應菸品予未滿十八歲者」，菸品販賣場所應「拒售菸品予未滿 18 歲青少年測試」。衛生局公共衛生科長呼籲「任何人」應包括了販賣菸品場所、家人、親友、同儕等，而「供應」不僅指販賣，許多吸菸者習慣遞菸給同好，青少年與煙之交互促進菸，均屬違法。

各菸品販賣場所負責人，應真實落實「確認年齡」動作，以免受罰；如遇有穿著學生制服或是可能未滿 18 歲的消費者購買菸品時，可透過「拒售菸品停、看、聽」簡單三步驟，以避免販售菸品予未滿 18 歲之青少年，而遭罰一萬至五萬元的罰鍰。

1. 停！先停止販售菸品。
2. 看！再仔細觀察消費者是否滿 18 歲，如有懷疑要求他驗身分證證明文件。
3. 聽！如顧客對此感到不便，要婉告知顧客相關法令規定，請顧客耐心聆聽。

另外，WHO 世界衛生組織表示，提高菸價是降低菸率、最具成本效益的策略。我國每包菸平均價 70 元，遠低於先進國家，比馬來西亞 99 元、泰國 77 元還低。由於菸價過低，使得青少年購菸容易，致「持續購菸菸商，促使菸價提高」，是預防青少年吸菸最有效的方法。

本年度行政院立法討論菸害防制法相關法案，藉由提高菸稅健康福利稅，以抑制菸品消費量。健康福利稅可用於推動菸害防制與戒菸服務，強化醫療發展，復原身體健康，增進全民健康；菸稅增加及菸稅改革，提供以地庫局醫療、律師企業公司利社服務之營運，並減輕民眾健保負擔，受益者眾。

▲ 2013.7.9 大成報



解該場所是否賣菸給未滿 18 歲者，結果發現，包括四大便利超商、連鎖超市、大賣場、檳榔攤、傳統商店等，有 55% 店家會販售菸品予未滿 18 歲者，其中四大便利商店達 41.1%，但檳榔攤與傳統商店分別更高達 78.7% 及 63.9% 會販售菸品予青少年，顯示菸品販賣業者違規比例仍嚴重。自 2005 年至 2013 年調查結果顯示，違規率分別為 81%、74.8%、59.9%、47.7%、37.4%、54.1%、45.2%、59.1% 及 55%。（圖 2-2）。



圖 2-2 2005 ~ 2013 年調查菸品販賣業者拒售菸品予青少年違規率

2012 年與 2013 年結果相較，拒售菸品予青少年違規率從 59.1% 下降至 55%；在四大便利商店方面，2013 年有 41.1% 的店家會賣菸給青少年，與 2012 年的 47.8% 相較，違規率下降 6.7%，分析四大便利商店，2013 年 OK 便利商店違法賣菸最高為 73.9%，其次分別為萊爾富便利商店 72.2%、統一超商 36.7%、全家超商 34.4%，（圖 2-3）；另檳榔攤 2012 年與

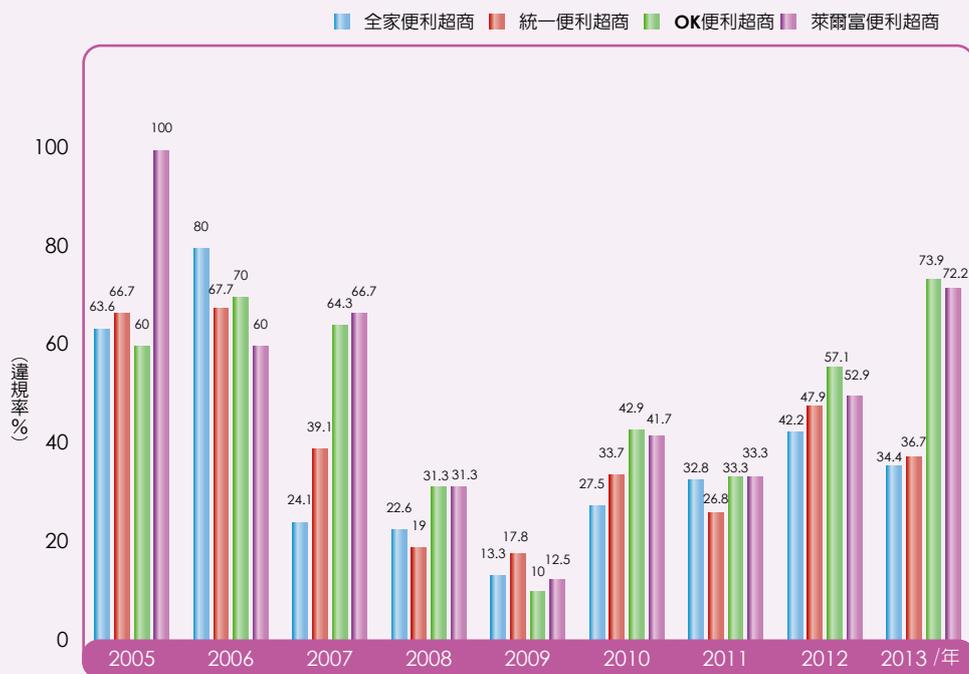


圖 2-3 2005 ~ 2013 年連鎖超商販賣菸品予測試者違規率

2013年違規率分別為78.4%、78.7%，違規率增加0.3%，其違規率仍偏高；在傳統商店方面，違規率由2012年的67.3%下降至2013年的63.9%；4大連鎖超市及大賣場的測試結果，其2012年度違規率為53.1%，2013年違規率為51.2%（圖2-4）。整體而言，相較於2012年違規率，2013年雖有些微下降但仍舊偏高（圖2-5），還有很大的改善空間。

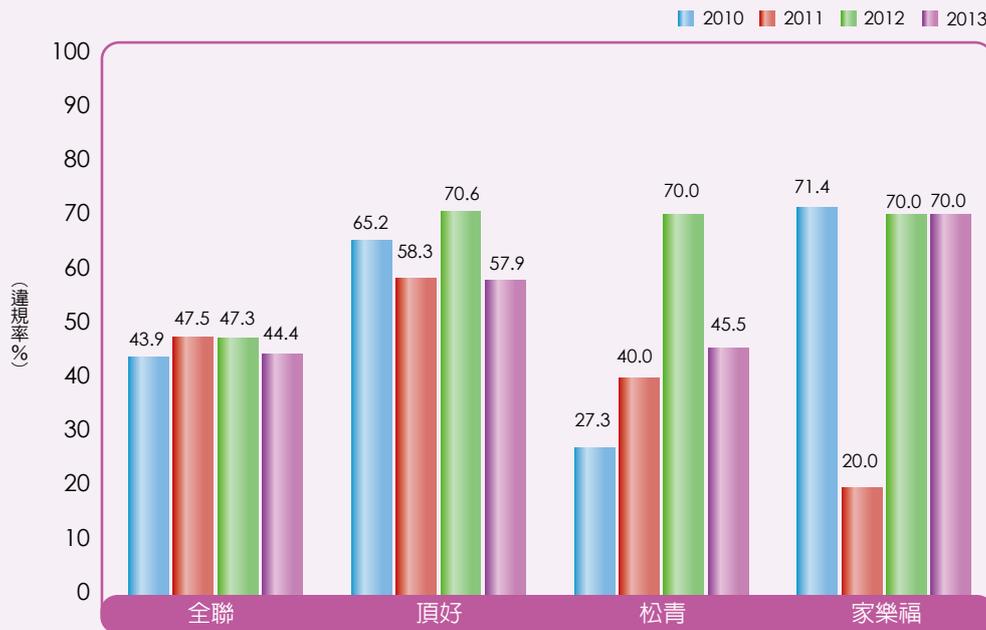


圖 2-4 自 2010 ~ 2013 年連鎖超市、大賣場販賣菸品予測試者違規率



圖 2-5 2005 ~ 2013 年各式販賣菸品場所測試違規率



### 常見違規照片



▲ 禁菸場所入口處未張貼禁菸標示



▲ 禁菸場所所有違規吸菸行為人



▲ 禁菸場所內不可有熄菸器具

### 菸害照片分享



▲ 無菸公園推廣拒吸二手菸



▲ 明顯標示吸菸區範圍。



▲ 無菸公園設置禁菸立牌

## ● 防制菸品非法貿易

依世界衛生組織菸草控制架構公約第 15 條要求締約方可透過加強跨國合作，共同防堵菸品之走私，並透過菸品銷售流程之行政管理及監測，防止私劣菸品進入消費市場。國際經驗顯示，菸品走私顯然與執法有更密切的關聯，防杜菸品走私，應從嚴格查緝非法菸品著手，不宜因噎廢食，採低菸價政策。

為改善及減少私劣菸品之流通，財政部依據「菸酒管理法」規定建立全面管理模式，並藉由跨機關之合作機制，由中央、地方政府及相關查緝機關依法行使公權力積極查緝及加強宣導外，菸品業者亦應建立自我管理措施，並透過資訊交流互助，推動私劣菸品查緝業務及維護合法菸品市場秩序，並針對查緝同仁進行私劣菸品辨識訓練，以提高查緝實務知能，而針對執行績效也訂有督導考核機制，以提高執行績效。由於貿易國際化、自由化之潮流，及現行私劣菸品案件違法態樣日新月異，其查緝有賴違法情資之掌握及蒐集。

依「菸品健康福利捐分配及運作辦法」規定，菸品健康福利捐應分配 1% 供中央與地方執行私劣菸品查緝及防制菸品稅捐逃漏經費，另依「菸品健康福利捐供私劣菸品查緝及防制稅捐逃漏經費運用要點」規定，菸品健康福利捐 1% 之徵收收入，其中 90% 分配予私劣菸品查緝經費，10% 分配予防制菸品稅捐逃漏經費。

為統合協調督導處理重大違法私劣菸品案件相關事項，設有跨部會的「中央私劣菸酒查緝督導小組」及任務編組，成員包括財政部、內政部、衛生福利部、法務部、海岸巡防署、消費者保護委員會等相關機關；而執行稽查及取締業務，則由縣市政府之財政、環保、衛生、工商、新聞、警察等業務相關單位組成聯合查緝小組負責，依權責共同合作執行各種非法貿易查處工





作。在中央及地方相關查緝機關共同努力下，並在妥善運用現有人力下，當持續檢討擬訂查緝作業計畫及具體作法，充分發揮分工合作功能，策進運籌各項查緝作為，以提高查緝績效。

各直轄市、縣市政府及各地關務署 2013 年查獲私劣菸品 2,129.53 萬包，查緝經費之運用已產生績效，2002 年至 2013 年之走私菸品查緝量統計（表 2-2）。

表 2-2 2002—2013 年私劣菸品查獲數量表

年度	地方政府		關務署		合計 萬包
	萬包	比重%	萬包	比重%	
2002	351.29	13.26	2,298.88	86.74	2,650.17
2003	201.11	7.66	2,424.50	92.34	2,625.61
2004	763.60	34.67	1,439.01	65.33	2,202.61
2005	403.88	32.36	844.23	67.64	1,248.11
2006	366.03	55.37	295.01	44.63	661.04
2007	676.52	62.07	413.34	37.93	1,089.86
2008	322.51	72.31	123.47	27.69	445.98
2009	579.2	56.35	448.61	43.65	1,027.81
2010	763.94	49.58	776.87	50.42	1,540.82
2011	772.28	69.66	336.37	30.34	1,108.65
2012	963.81	71.73	379.89	28.27	1,343.69
2013	1569.07	73.68	560.46	26.32	2,129.53
總計	7,733.25	42.79	10,340.63	57.21	18,073.88

資料來源：財政部



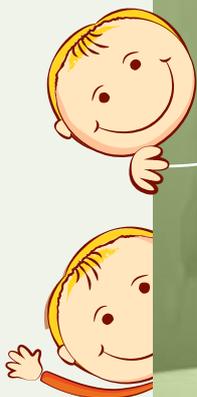
▲ 2013.5.14 蘋果日報電子報



▲ 2013.12.11 自由電子報

# 3

## 研究、監測與 國際交流





## ● 研究、監測

### 國人吸菸行為調查

為監測國人吸菸行為之現況及變化趨勢，作為政府中央及地方衛生部門政策之參考，自 2004 年起辦理 18 歲以上成人吸菸行為之電話訪問調查，並自 2012 年起將調查對象改為 15 歲以上國人，以便與世界各國資料接軌，以分層隨機抽樣方法，將臺灣地區依改制前縣市分為 23 個副母體。各縣市內再依行政區（鄉縣市區）分層。各縣市內各行政區（鄉縣市區）樣本乃按照各行政區（鄉縣市區）15 歲以上人口數占該縣市 15 歲以上總人口數的比例分配樣本數。

電話接通後，按戶中抽樣方法抽出應受訪的對象進行訪問，每年約完訪 16,000 案以上，2013 年總完訪個案數為 25,964 位。本調查歷年皆常規性的分析出 18 歲以上成年人的目前吸菸率數據以及目前吸菸者的戒菸經驗分布，此外，針對二手菸暴露的情況，亦歷年分析家庭二手菸暴露、法定禁菸公共場所二手菸暴露……等，故除監測我國吸菸行為的變化外，亦作出各社經地位的交叉分析比較，適時給予政府在政策建立上的參考。

#### 目前吸菸率（Current smoking rate）

由歷年 18 歲以上成人吸菸率來看，在 1990 年，男、女吸菸率分別為 59.4%、3.8%，2002 年男性吸菸率降至 48.2%，女性則為 5.3%。2008 年，男性吸菸率再降為 38.6%，女性則為 4.8%，2009 年 1 月 11 日修正通過之菸害防制法新規定上路，重點包括擴大禁菸場所範圍、禁止菸品廣告促銷贊助、標示健康警示圖文與戒菸資訊、規範菸品販售場所及調高健康福利捐等，2013 年調查結果經 2000 年臺灣人口標準化之後作為歷年比較，資料顯示 18 歲以上成年人吸菸率降幅趨緩，男、女吸菸率分別為 32.5%、3.3%（圖 3-1）；縣市別之整體吸菸率，以新北市最高（20.8%）、基隆市次之（20.6%）、桃園縣第三（19.8%）；男性吸菸率以新北市最高（38.3%）、連江縣次之（36.2%）、桃園縣第三（35.6%）；女性吸菸率則以宜蘭縣最高（8.2%）、基隆市次之（8.0%）、台東縣第三（5.4%）。

若觀察 2013 年各年齡層，臺灣年輕男性的吸菸率 18 歲以後逐年攀升，46 ~ 50 歲年齡層達最高峰，約每 2 個年輕成年男性就有 1 個吸菸（圖 3-2）；在女性方面，由 18 歲以後逐

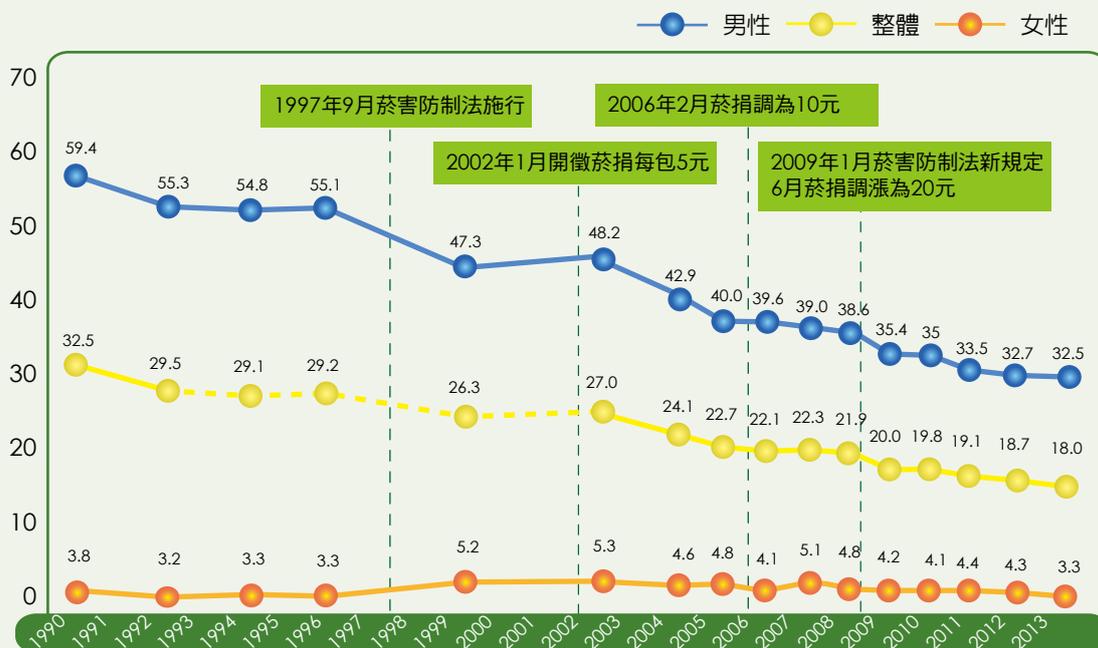


圖 3-1 臺灣歷年 18 歲以上成人吸菸率

1. 1990 ~ 1996 年為菸酒公賣局調查資料。
2. 1999 年為李蘭教授調查資料。
3. 2002 年為國民健康署「台灣地區 2002 年國民健康促進知識、態度與行為調查」。
4. 2004 至 2013 年為國民健康署「國人吸菸行為電話調查」。
5. 1999 至 2013 年吸菸者定義，係指以前到現在吸菸超過 100 支（5 包），且最近 30 天內曾經使用菸品者。
6. 2004 ~ 2013 年均以台灣地區 2000 年主計總處戶口普查資料為標準，並依性別、年齡、教育程度及居住地區特性進行資料加權及標準化。

年攀升，至 31 ~ 35 歲年齡層達最高峰，約每 14 個成年女性就有 1 個吸菸，顯示應重視年輕男女族群的吸菸問題。

彙整各國男性吸菸行為結果顯示，臺灣男性中從未吸菸者占 52.0%，與美國（53.4%）、英國（48.6%）、澳洲（50.9%）及加拿大（46.9%）分布相近，但臺灣男性中已戒菸者僅占 19.5%，較美國（25.0%）、英國（29.8%）、澳洲（27.9%）及加拿大（33.0%）為低。臺灣男性仍在吸菸的人口是已戒菸人口的 2.4 倍（圖 3-3）。

依據全球經驗，每 2 名吸菸者即有 1 名死於菸害。因菸害而死者，平均壽命皆減少 10 ~ 20 年。臺灣每年約有 2 萬名吸菸者無聲無息消失，受害最深者，多為低教育程度的族群。根



據 2013 年國人吸菸行為調查，25 ~ 39 歲男性吸菸率為 40.2%，其中，不同教育程度之吸菸率，又存在非常大的落差，教育程度越低者，吸菸率越高，2013 年 25 ~ 39 歲男性教育程度大學或以上者，吸菸率僅有 21.2%，但高中職教育程度者吸菸率有 48.6%，而教育程度在國中或國中以下者，吸菸率卻達到 54.7%。

由於避免因人口結構改變等相關因素之影響，例如中老年人口層級之吸菸率較低，若該人口群體比重增加導致吸菸率的下降及無法進行歷年比較等問題，自 2004 年起，我國 18 歲以上成人吸菸率均採用台灣 2000 年內政部戶政司人口統計年報資料之人口分布作為標準化人口進行加權，如採前一年人口結構進行加權分析，2007-2013 年歷年 18 歲以上國人之吸菸率分別為 21.1%、21.2%、17.9%、16.9%、16.4%、15.9%、14.4%。

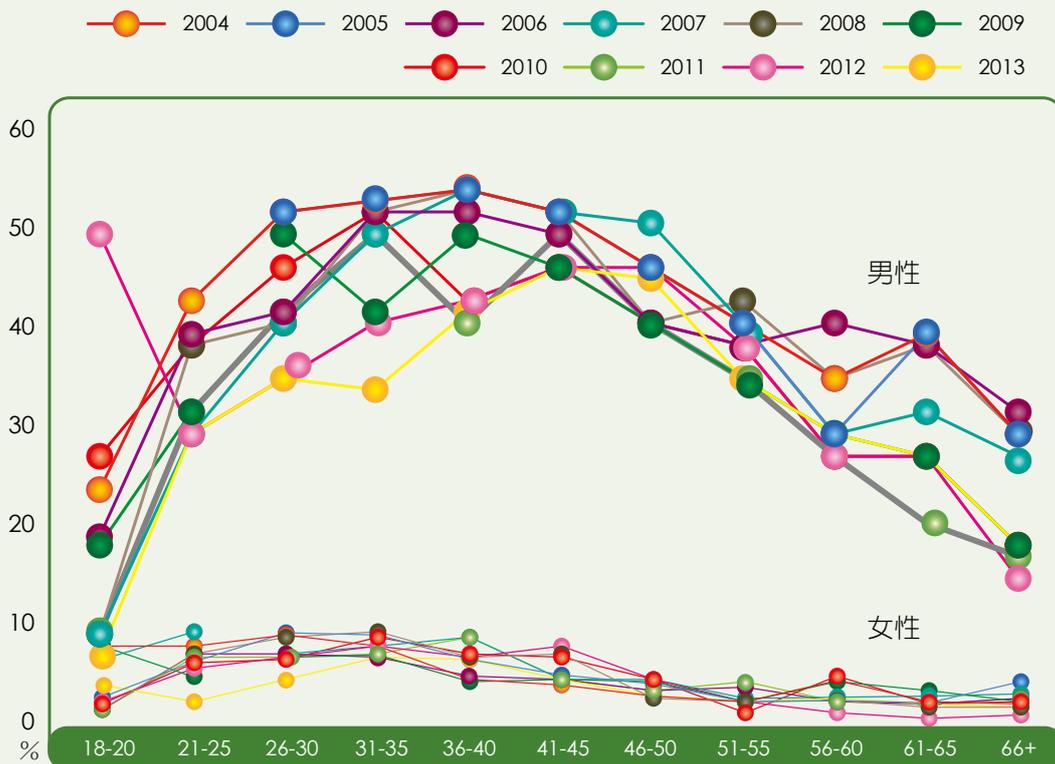


圖 3-2 18 歲以上男女性各年齡層吸菸率分布

資料來源：國民健康署「國人吸菸行為電話調查」

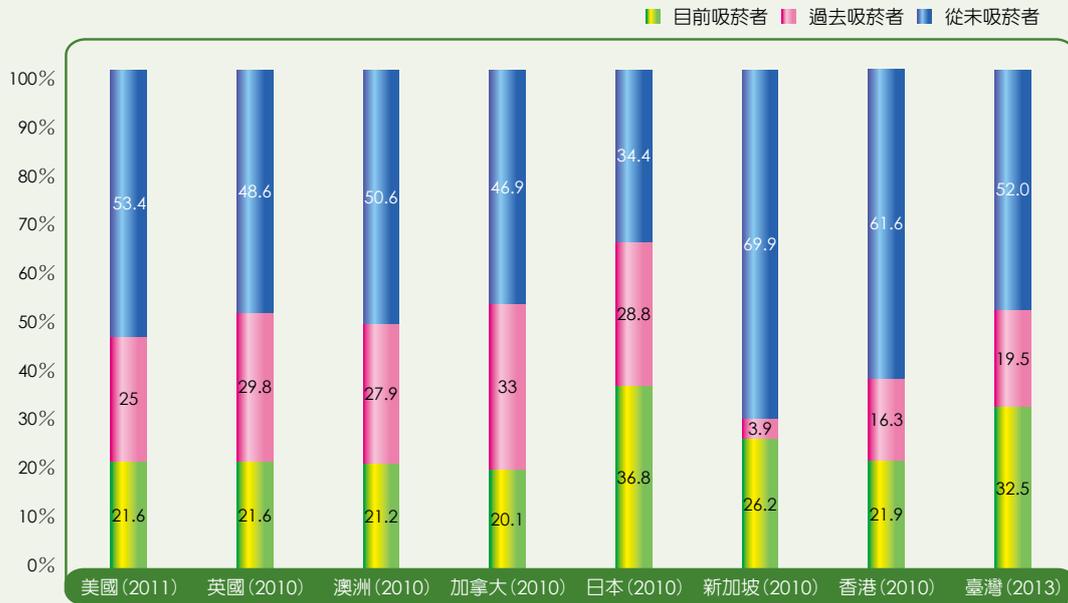


圖 3-3 各國男性吸菸情形分布

1. Early Release of Selected Estimates Based on Data From the 2011 National Health Interview Survey: Current smoking. National Center for Health Statistics, CDC., March 2012. Available at: [http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/201203\\_08.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/201203_08.pdf)
2. WHO Framework Convention on Tobacco Control- Parties' reports of reporting on the implementation of the convention. Available at: [http://www.who.int/fctc/reporting/party\\_reports/en/index.html](http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/en/index.html)
3. 香港特別行政區衛生署衛生防護中心 2010 年 4 月行為風險因素監測。 Available at: <http://www.chp.gov.hk/tc/data/4/10/280/442.html>

### 每日吸菸率 (Daily smoking rate)

在每日使用菸品者的比率方面，自 2008 年的 18.9% 顯著下降至 2013 年的 15.3%，相較於 2004 年 (20.8%) 已減少了四分之一以上。40-49 歲的人是各年齡層中每天吸菸率最高 (20.7%)，與 2011 年比較，30-39 歲者降幅最大，從 20.8% 顯著下降至 18.7%，降幅達 10.2%，但相較於 2004 年，則以 18-29 歲者下降幅度最大，每日吸菸率從 22.3% 顯著下降至 11.8%，幾乎減少了一半，降幅達 47.2%。



## 從未吸菸率 (Never smoking rate)

從未吸菸者的比率方面，自 2008 年的 70.4% 顯著增加至 2013 年的 73.0%，其中，18-29 歲者多數從未吸菸（82.8%），40-49 歲者僅六成從未吸菸（65.3%）。

## 各國戒菸經驗

2013 年調查結果顯示，目前吸菸者過去 12 個月有戒菸經驗的比率為 33.0%，男性為 32.2%，女性為 41.2%。其他國家資料顯示，越南（55.3%）、墨西哥（49.9%）、泰國（49.8%）與菲律賓（47.8%）過去一年則約有 5 成的吸菸者有戒菸經驗（圖 3-4）。

## 二手菸暴露率

2013 年調查結果顯示，過去一星期中 25.2% 有家庭二手菸暴露，有 19.6% 的受訪者表示過去一星期中室內工作場所或辦公室有人在自己面前吸菸，9.2% 的受訪者表示過去一星期中有法定禁菸公共場所二手菸暴露。2009 年擴大禁菸場所範圍後，禁菸公共場所二手菸暴露率有明顯改善（圖 3-5）。

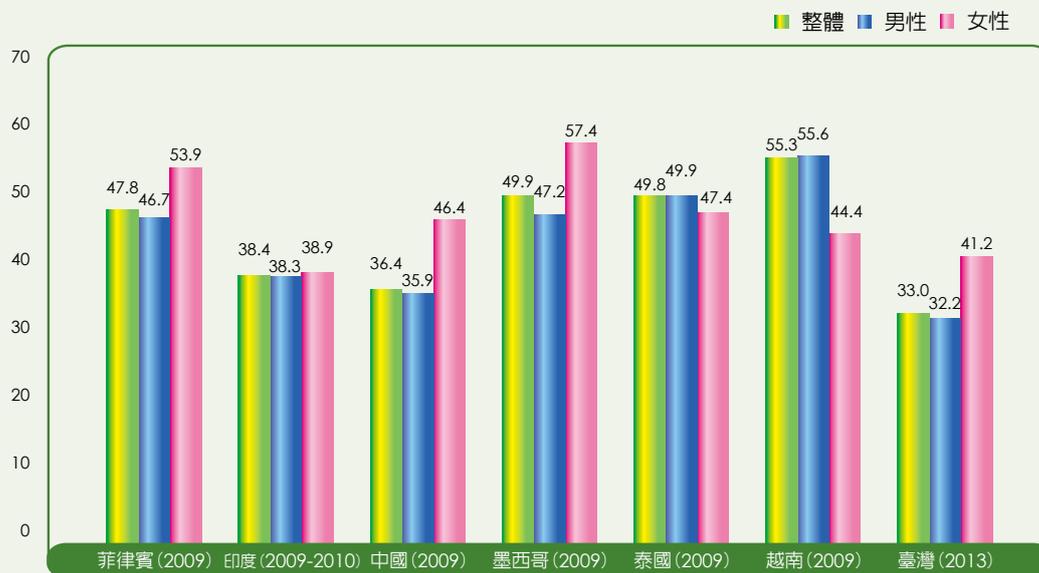


圖 3-4 各國吸菸者有戒菸經驗之比率

資料來源：國民健康署 2013 年「國人吸菸行為調查」及全球成人吸菸行為調查 (Global Adult Tobacco Survey)



圖 3-5 成年人歷年二手菸暴露率

資料來源：國民健康署「國人吸菸行為調查」及全國職場健康促進暨菸害防制現況調查

## 青少年學生吸菸行為調查

為進行國際比較，自 2004 年起與美國疾病管制局共同合作，採世界衛生組織設計發展之「全球青少年吸菸行為調查 (Global Youths Tobacco Survey, GYTS)」問卷配合本土之需要發展而成，並以國中、高中職學生隔年輪換方式所辦理之定期性吸菸行為監測調查。為配合目前推動政策所需以取得每年國中、高中職學生調查資料，自 2011 年起「青少年吸菸行為調查」同時蒐集國中、高中職學生吸菸率及其對於害相關認知、態度與二手菸暴露等變化趨勢資料，以提供衛生及教育單位規劃及評價校園菸害防制策略之參考。

本調查所選取之樣本學生能代表全國與各縣市國中、高中、高職、五專一至三年級在校學生的情況，運用系統隨機抽樣法抽選出樣本學校，再抽選「樣本班級」，最後以樣本班級之全體學生為調查對象，2013 年調查中計抽取 38,378 名樣本學生（國中 14,898 名，高中職 23,480 名），以匿名自填問卷方式進行調查，完訪樣本數計 34,774 名（國中 13,889 名，高中職 20,885 名），完成率為 90.6%（國中 93.2%，高中職 88.9%）。

### 吸菸率

2013 年高中職學生吸菸率為 11.9%（男性 16.6%，女性 6.8%），相較於 2007 年調查結果為 14.8%（男性 19.3%，女性 9.1%）、2009 年為 14.8%（男性 19.6%，女性 9.1%）、



2011年為 14.7%（男性 20.3%，女性 8.1%）、2012年為 14.1%（男性 19.0%，女性 7.5%）；另 2013年國中學生吸菸率為 5.2%（男性 7.5%，女性 2.6%），相較於 2008年調查結果為 7.8%（男性 10.3%，女性 4.9%）、2010年為 8.0%（男性 11.2%，女性 4.2%）、2011年為 7.3%（男性 10.5%，女性 3.7%）、2012年為 6.7%（男性 9.3%，女性 3.7%）；整體而言，國中及高中職吸菸率已獲控制，但高中職生吸菸率仍高於國中生，值得衛生及教育相關單位繼續努力（圖 3-6）。

高中職學生調查結果發現，高中、高職、綜合學校及夜間部學校的學生之目前吸菸率分別為 3.0%、15.2%、9.6%、41.0%（如圖 3-7）。

比較國中與高中職學生不同年級別吸菸率之資料，可發現國中及高中職學生之吸菸率有逐年級上升之趨勢，國中一～三年級學生吸菸率分別為 3.0%、5.7%及 6.5%，高中職一～三年級學生吸菸率分別為 11.2%、11.2% 及 13.4%（如圖 3-8）。



圖 3-6 國中及高中職生目前吸菸率趨勢

1. 資料來源為國民健康署「青少年吸菸行為調查」
2. 目前吸菸率定義：過去 30 天內曾經嘗試吸菸，即使只吸一、兩口
3. 高中職生定義：高中、高職及五專一至三年級學生（含夜間部）；根據教育統計資料顯示，2005 至 2013 年高中職生淨在學率由 88.53% 略增為 88.9%，代表性高。
4. 根據教育統計資料顯示，2004 至 2013 年國中教育淨在學率由 93.00% 略增為 93.2%，代表性高。

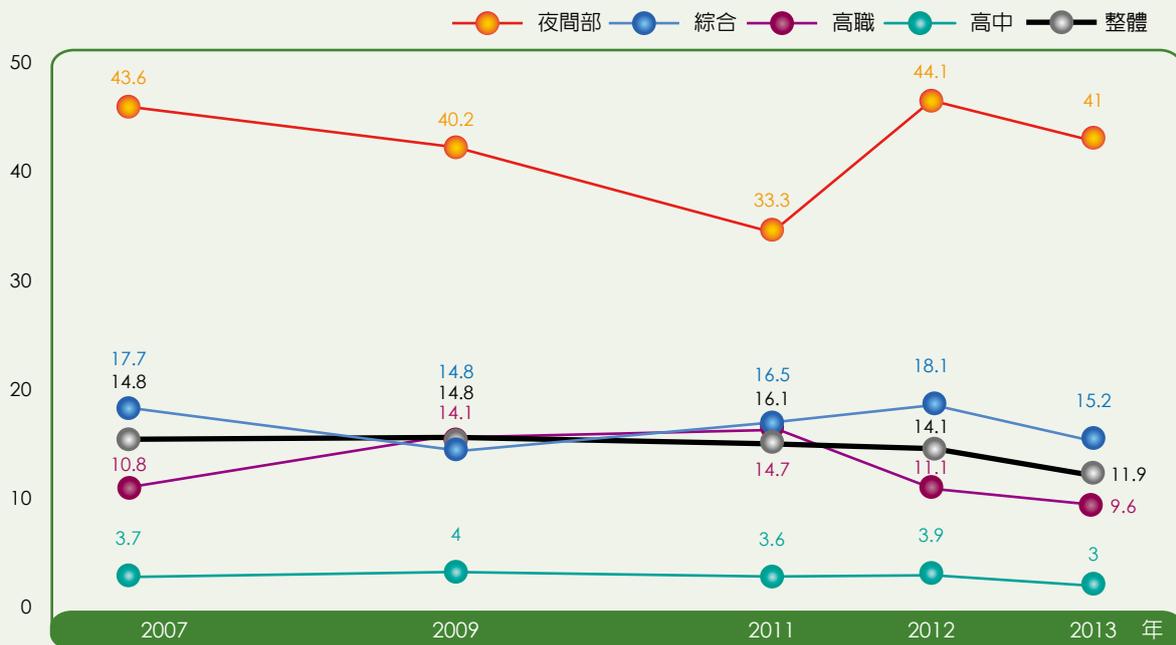


圖 3-7 歷年高中職生不同學校類別之吸菸率

1. 資料來源為國民健康署「青少年吸菸行為調查」
2. 高中定義：日間部普通科的學生
3. 高職定義：日間部職業類科的學生
4. 綜合高中定義：日間部普通科、職業類科學生均有的學校。
5. 夜間部定義：在晚間上課之學生，包括普通科、職業類科學生。

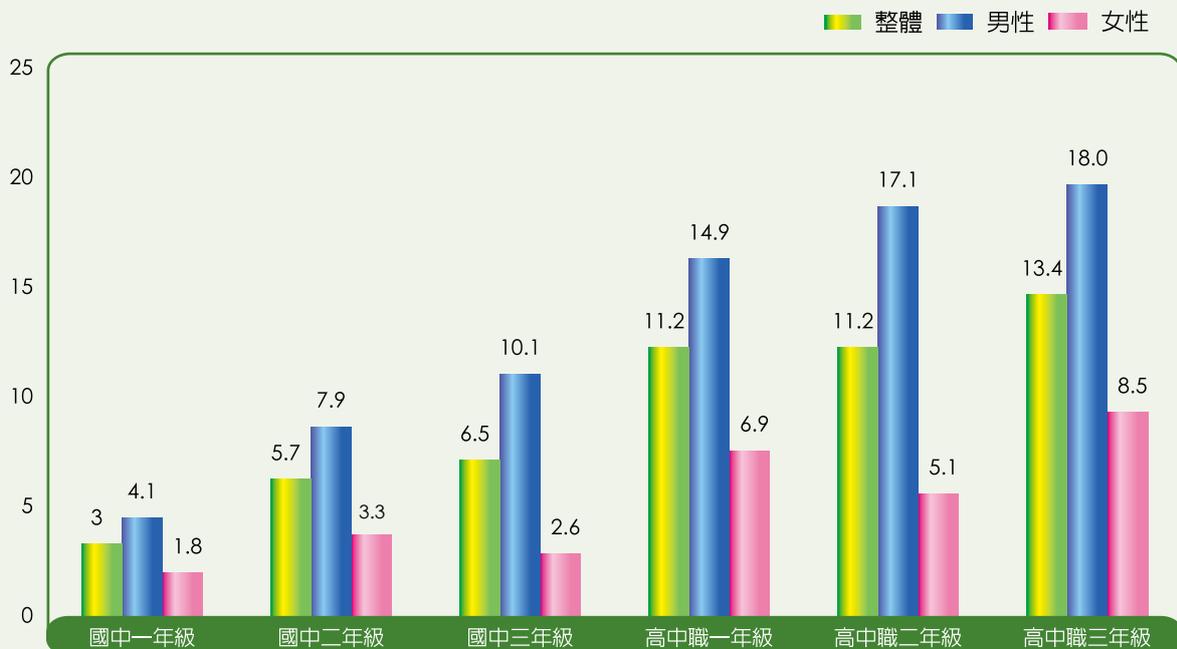


圖 3-8 國高中職生不同年級別之吸菸率

1. 資料來源為國民健康署 2013 年「青少年吸菸行為調查」
2. 高中職生定義：高中、高職及五專一至三年級學生，包含夜間部



進一步分析從國中三年級生升至高中職一年級生的吸菸率變化，不同年度的資料顯示，2008 年的國三生吸菸率由 9.2% 上升為 2009 年高一生的 14.8%，上升幅度達 60.9%；2010 年的國三生吸菸率由 9.1% 上升為 2011 年高一生的 14.4%，上升幅度達 58.2%；2012 年的國三生吸菸率由 7.7% 上升為 2013 年高一生的 11.2%，上升幅度達 45.5%，儘管本調查非長期追蹤研究設計，但可初略觀察由國中升學至高中職青少年的吸菸率變化是值得關注的焦點。

### 戒菸經驗、戒菸意圖

隨著吸菸者比率略微降低，目前吸菸者中，表示想戒菸的意願也較高，國中生約有 6 成而高中職約有 7 成吸菸學生表示在過去一年曾有戒菸經驗（圖 3-9）。而戒菸意圖方面，國中生約有 5 成而高中職生約有 6 成吸菸學生表示想要戒菸（圖 3-10）。

### 學校二手菸暴露率

2013 年國中學生學校二手菸暴露率為 7.8%（男性 9.4%，女性 6.0%）與 2012 年的 14.7%（男性 16.4%，女性 12.5%），2011 年的 17.8%（男性 20.5%，女性 14.7%）、



圖 3-9 國中及高中職生戒菸經驗趨勢

1. 資料來源為國民健康署「青少年吸菸行為調查」  
 2. 戒菸經驗定義：吸菸者在過去一年曾試過戒菸

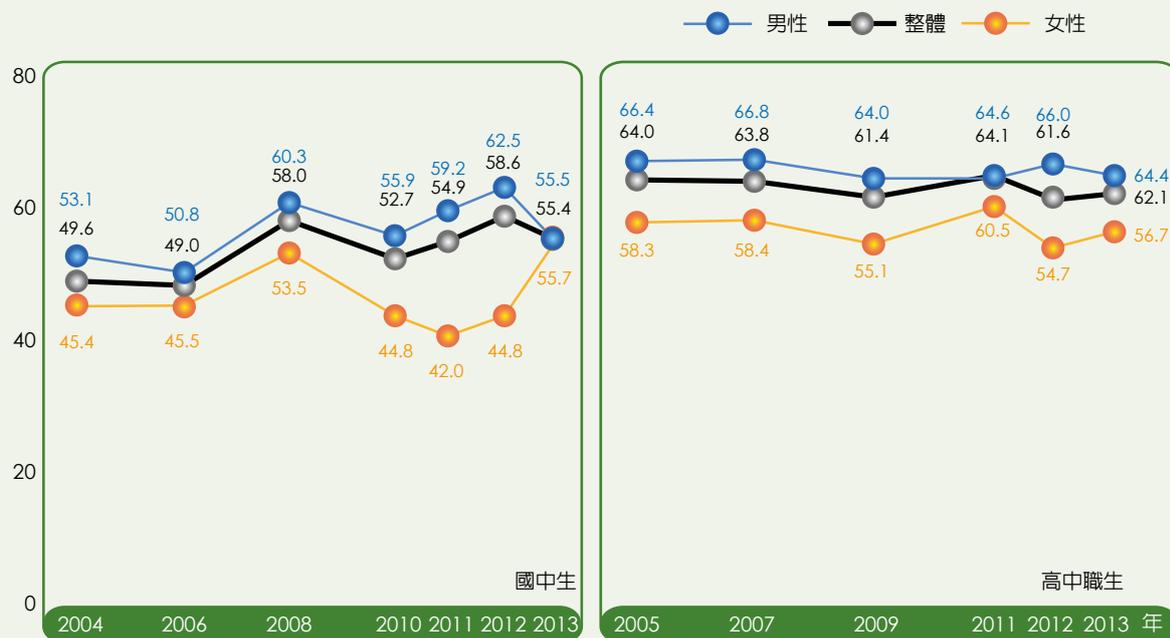


圖 3-10 國中及高中職生戒菸意圖趨勢

1. 資料來源為國民健康署「青少年吸菸行為調查」
2. 戒菸意圖定義：目前吸菸者現在想戒菸

2010 年的 19.7%（男性 22.9%，女性 16.2%）及 2008 年的 21.0%（男性 23.7%，女性 17.8%）相較，已有改善；另，2013 年高中職學生學校二手菸暴露率為 17.4%（男性 22.5%，女性 11.9%），與 2012 年的 24.2%（男性 30.1%，女性 17.3%）、2011 年的 25.8%（男生 31.2%，女生 18.8%）、2009 年的 26.9%（男生 33.1%，女生 19.6%）和 2007 年的 35.2%（男生 43.1%，女生 25.9%）相較，亦有改善。整體而言，學校二手菸暴露率雖有下降與改善，但依菸害防制法規定，高中職及以下學校本應全面禁菸而零暴露，顯示各級學校仍有很大的改善空間。（如圖 3-11）。

另，調查發現青少年學校二手菸之最主要來源是吸菸同學（國中 46.1%，高中職 62.7%），其次為其他校外人士（國中 36.7%，高中職 20.7%）、再其次為校內行政人員（國中 17.2%，高中職 16.6%），包含老師（國中 6.0%，高中職 6.5%）、警衛或工友（國中 5.3%，高中職 2.9%）、校長（國中 5.0%，高中職 5.8%）及行政人員（國中 1.0%，高中職 1.4%）（如圖 3-12）。

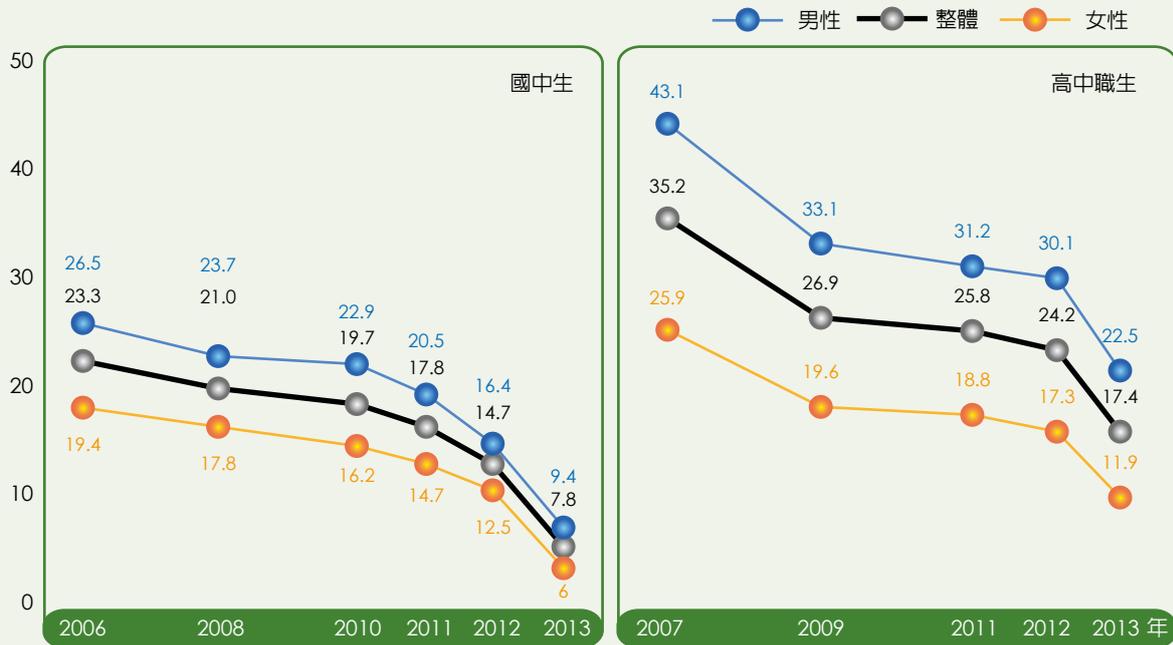


圖 3-11 歷年國中及高中職生學校二手菸暴露率

1. 資料來源為國民健康署「青少年吸菸行為調查」
2. 學校二手菸暴露定義：係指在過去七天內，在學校中有人在面前吸菸。
3. 2004、2005 年無學校二手菸暴露調查資料。

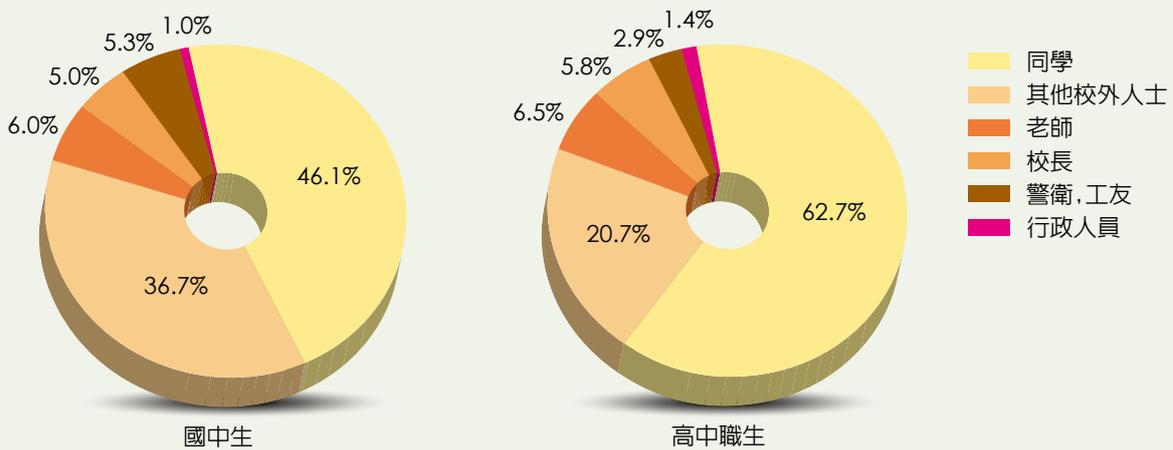


圖 3-12 國中及高中職生學校二手菸之最主要來源

1. 資料來源為國民健康署 2013 年「青少年吸菸行為調查」
2. 學校二手菸之最主要來源定義：係指在過去七天內，在學校中有人在面前吸菸者，最常面前吸菸的人。

## 家庭二手菸暴露率

對於絕大多數不吸菸的青少年，在家裡仍因為長輩吸菸，而處在二手菸暴露的風險當中，2013 年國中生家庭二手菸暴露率為 39.3%（男性 38.4%、女性 40.2%），與 2012 年的 40.1%（男性 39.1%、女性 41.2%）、2011 年為 42.5%（男性 41.5%，女性 43.3%）、2010 年為 44.2%（男性 43.9%，女性 44.2%）及 2008 年的 46.8%（男性 46.2%，女性 47.3%）相較，呈現持續下降趨勢；另，2013 年高中職生家庭二手菸暴露率為 39.6%（男性 38.5%、女性 39.9%），與 2012 年的 39.6%（男性 38.5%、女性 39.9%）、2011 年為 41.2%（男性 39.8%，女性 42.5%）、2009 年為 41.6%（男性 40.5%，女性 42.5%）與 2007 年的 45.3%（男性 44.6%，女性 45.4%）相較，亦有改善，顯然青少年的家庭二手菸暴露率仍高（如圖 3-13）。

另外，國中吸菸學生表示第一次吸菸地點以家中最多（36.5%），高於公共場所（26.9%）、學校（13.9%）、朋友住處（5.6%）與社交場所（1.3%）；在高中職部分，高中職吸菸學生表示第一次吸菸地點以公共場所最多（28.5%），高於家中（27.6%）、學校（19.3%）、社交場所（6.3%）與朋友住處（5.8%）（如圖 3-14）。

青少年的父母為吸菸者，其本身也吸菸的比率（國中生 9.9%，高中職生 19.4%），相較父母無吸菸而青少年本身有吸菸的比率（國中 3.6%，高中職生 8.7%），高約 2.5 倍（國中生 2.75 倍，高中職 2.22 倍），可觀察出家長可能是影響青少年嘗試吸菸行為的模仿對象。

此外，根據本署委託的「兒童健康照顧需求調查」即顯示，孕婦於整個懷孕期間曾暴露到二手菸的比率高達 61.7%；追蹤同一群幼童，18 個月大、3 歲大和 5 歲大時暴露到二手菸的比率分別是 55.3%、58.9%和 54.3%。由此可知，雖然我國的室內公共場所禁菸政策已達不錯效果，但菸害遁入私領域，成為對下一代最可怕的無聲殺手！



圖 3-13 歷年國中及高中職生家庭二手菸暴露率

1. 資料來源為國民健康署「青少年吸菸行為調查」
2. 家庭二手菸暴露定義：係指在過去七天內，在家中有人在面前吸菸。

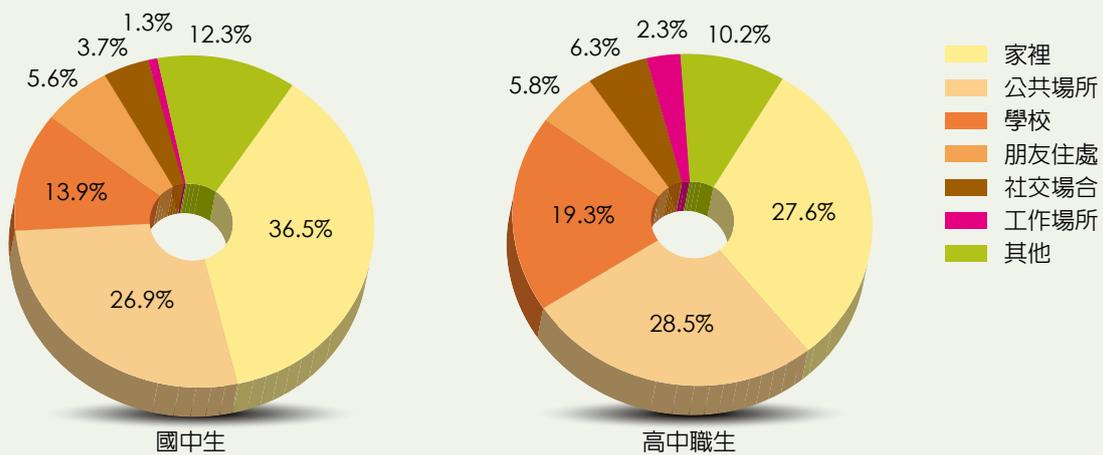


圖 3-14 國中及高中職吸菸學生第一次吸菸地點

1. 資料來源為國民健康署 2013 年「青少年吸菸行為調查」
2. 社交場合定義：如朋友聚會、親友婚宴等活動地點
3. 公共場所定義：如網咖、公園、百貨公司、街上等地點

## 菸品訊息監測

自 2009 年菸害防制法新規定嚴格禁止促銷菸品或菸品廣告以來，已使相關業者受其規範。惟出現在卡通影片中的吸菸鏡頭仍未能有效遏止，且置入菸品訊息從直接的表層廣告行銷轉化為間接幽微的訊息行銷現象，仍普遍存在。

2013 年委託專家學者監測電視節目以及電影當中菸品訊息出現的情形，在 6 個月的執行過程中（2013 年 5 月～ 10 月），總共監測了 100 部電影（包括院線片、DVD、及電影頻道之華語及外語電影）、326 集電視節目（包括 AGB Nielsen 收視率調查每月第一週收視率排名前五大之戲劇、卡通、綜藝、休閒 / 音樂與體育等五大類型節目）以及 240 個小時的電視新聞內容（包括 9 個無線及有線電視臺 19～20 時的晚間新聞）。

監測結果發現，2013 年電影的平均菸品訊息露出次數為 11.95 次，持續較往年（2008～2012 年）平均次數下降中（見表 3-1）。此外，2009 年到 2013 年，呈現出近三年華語片的平均每部菸品訊息露出次數維持在 10 次～14 次之間，變化不大（見表 3-2）。在 2013 熱門電影中，《大亨小傳》（出現 76 次）是 2013 年所監測的 100 部電影中，有關於菸品訊息露出最多的電影；此外，《變身》（出現 30 次）則是所有華語片中，菸品訊息露出最多的電影，且它也是普遍級電影。

表 3-1 電影菸品訊息露出情形：2008-2013 年之比較

項目	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
菸品訊息露出部數 (百分比)	47 (58.8%)	63 (60.5%)	31 (30.4%)	35 (34.0%)	47 (47.0%)	39 (39.0%)
觀察片數	80	104	102	103	100	100
平均每部菸品訊息露出次數 ※	21.3	26.8	27.8	14.1	12.28	11.95

※：平均每部菸品訊息露出次數 = 菸品訊息露出總次數 / 菸品訊息露出部數。

表 3-2 2008～2013 年華語及外語片的菸品訊息露出比較

項目		2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
華語片	菸品訊息露出數 (部) / 抽取數 (部)	15/17	13/14	7/17	11/20	15/31	18/31
	菸品訊息露出次數	512	511	239	163	151	171
	平均每部菸品訊息露出次數	34	39	34	14	10	10
外語片	菸品訊息露出數 (部) / 抽取數 (部)	32/63	50/90	24/85	24/83	32/69	21/69
	菸品訊息露出次數	491	1,174	623	332	426	356
	平均每部菸品訊息露出次數	15	24	26	14	13	17



表 3-3 2013 年熱門電影 vs. 菸品相關訊息露出一覽表

電影名稱	菸品訊息露出次數	級別	電影語言
大亨小傳	76	保護級	外語片
航海王：Z	50	保護級	外語片
變身	30	普遍級	華語片
功夫廚神	29	保護級	華語片
遺落戰境	24	保護級	外語片
風雲男人幫	23	輔導級	外語片
限時翻供	18	輔導級	外語片
聖誕玫瑰	14	保護級	華語片
聽風者	14	保護級	華語片
00：30 凌晨密令	12	輔導級	外語片
毒戰	12	輔導級	外語片
大尾鱸鰻	10	輔導級	華語片
王牌雙賊	10	輔導級	外語片
全面攻佔 - 倒數救援	10	輔導級	外語片
阿嬤的夢中情人	10	普遍級	華語片
終極探警：國際救援	10	輔導級	外語片
麻辣嬌鋒	10	輔導級	外語片
超人：鋼鐵英雄	10	保護級	外語片
撲克王	10	保護級	華語片
殭屍先生	10	輔導級	華語片

註：本表僅列出菸品訊息露出次數 10 次及以上之電影。

該研究所抽取的五類電視節目類型（體育、戲劇、休閒娛樂、綜合與卡通等）可以發現，卡通節目仍然是五大電視節目類型中菸品訊息露出最多的一種類型。

2013 年監測發現，知名長壽卡通系列每集播出中，平均仍出現高達 8.11 次的菸品訊息，幾乎到了平均 3 分鐘就會露出一次的狀況。另外一部知名卡通片〈新獵人〉每集亦有 2 次的菸品訊息露出。至於其他電視節目類型，例如戲劇、綜藝、休閒 / 音樂及體育等，則均未出現任何有關菸品之訊息。



▲ 知名長壽卡通菸品訊息畫面於「節目中」之警示情形。

世界衛生組織 2009 年發布的「無菸電影的科學證據與行動」白皮書建議，凡有出現菸品或吸菸鏡頭之影片，建議主要措施如下：

1. 各影片若出現菸品或吸菸鏡頭，其各相關製作部門及人員須聲明未收受菸商任何形式之贊助，才可播出。
2. 影片中不得出現可辨識的菸草品牌。
3. 凡有出現菸品或吸菸鏡頭之影片，必須於片頭刊播強力的反菸宣導。
4. 將有出現菸品或吸菸鏡頭之影片列為成人等級。

醫學研究顯示，青少年及兒童在成長過程暴露到吸菸畫面，對於日後吸菸習慣之養成有重大影響。本署與國家通訊傳播委員會（NCC）於 2009 年合作制訂「廣電內容出現吸菸畫面或情節之製播處理原則」，並與媒體溝通以加註警語之方式提醒青少年觀眾注意媒體中之菸品訊息，以期降低傳播對兒少身心負面影響性。

經過本署積極將事實公諸於世，透過該委員會之協助並函發公協會，請其務必配合。業者進行改善，目前於節目播出前後以加註警語，增加「吸菸會導致肺癌、肺氣腫」、「吸菸會導致心臟血管疾病」、「吸菸會導致口臭、口腔疾病」、「吸菸會導致性功能障礙」、「二手菸會傷害家人健康」、「吸菸及二手菸會導致胎兒異常及早產」等 6 則多元警語，提醒青少年觀眾注意媒體中之菸品訊息。



▲ 知名長壽卡通菸品訊息畫面於「節目播出前」之警示情形。



知名長壽卡通片播出時，已全部（100%）做到「吸菸有害健康」之警語露出之提醒，唯此類卡通內容長期出現在習焉不察於菸品置入的兒少觀眾而言，無庸置疑是負面影響的節目。從反菸訊息來看，2013年電視新聞內容中所呈現的反菸訊息比例遽減（2008年：2.6%、2009年：16.3%、2010年：27.8%、2011年：8.4%、2012年：36.9%、2013年：17.8%）。

此外，2011年由NCC發布的「兒少通傳權益政策白皮書」中，亦提出將持續推動媒體素養課程，及細緻化電視節目分級制度，引進情節標示機制，針對如物質濫用等不當情節，由業者在既有之分級標示之外，再分別給予情節輔助標示，並於實際播出前若干秒先行顯示警示，作為提醒家長注意其子女收視行為之方法。歷年已有改善，將持續與NCC合作，考量以分級制處理（有吸菸畫面者排除於普通級等）；另警語將研議為圖片來提升警示效果。亦可更積極促使家長留意降低子女接收菸品訊息畫面，共同為孩子營造一個健康的閱聽環境。

## 菸品銷售量監測

自1881年紙菸首度的發明與大量製造後，全球菸品的消耗量逐年成長，目前菸商每年約生產5.6兆支的菸品，約為每年提供每名男性900支菸的生產量。世界衛生組織指出全球約有13億人吸菸，男性約占10億的吸菸人口，已開發國家男性吸菸率約為35%，開發中國家男性吸菸率約為50%，其中中國大陸男性的吸菸率更高達近7成，消耗全球超過3成的菸品量，成為菸商最看重的廣大市場。

1999年世界銀行及2008年世界衛生組織指出，菸價上升10%，高所得國家的菸品消耗量約降低4%，中低收入國家則約可降低8%。1980年以來，芬蘭、丹麥、加拿大、冰島、美國、尼泊爾、紐西蘭等國紛紛提高菸品稅捐，期望能降低菸品之消費。

臺灣由於菸品健康福利捐開徵的挹注，菸害防制工作得以全面推動，成年男性吸菸率約自2002年的48.2%下降至2013年的32.5%，而成年女性吸菸率則下降至3%左右；但2009至2013年成年人男性之吸菸率下降趨緩。

依據財政部統計資料，2013 年紙菸銷售總量為 385 億支，與 2009 年銷售總量為 381 億支相較，約增加 1.05%。顯示送出課徵菸品健康福利捐之修法造成通路商囤貨，再刺激消費，因此菸品消耗量不降反增。（圖 3-15）。

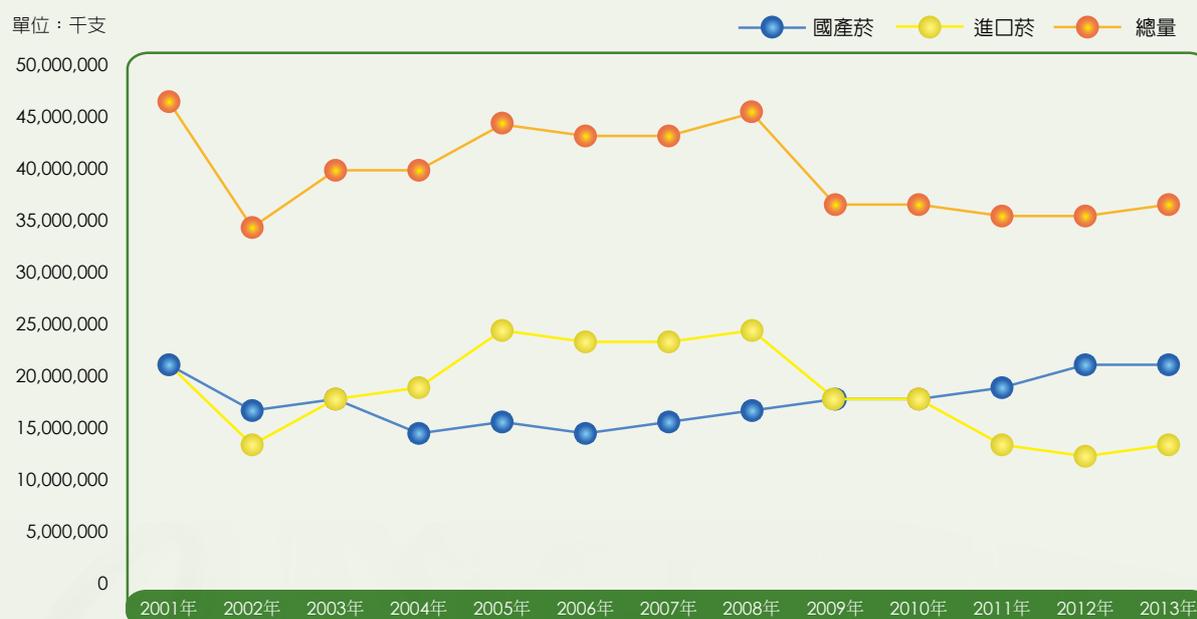


圖 3-15 2002 - 2013 年紙菸銷售總量

資料來源：財政部國庫署菸酒管理資訊網 <http://www.nta.gov.tw/>



## ● 菸品成分管制與規定

### 菸品檢測暨研究發展

#### 菸品排放物標準

鑑於菸品燃燒後排放危害人體健康物質，如尼古丁、焦油及一氧化碳等，我國於 1997 年 10 月 16 日公告紙菸之尼古丁及焦油最高含量，自 2001 年 7 月 1 日至 2007 年 6 月 30 日止，分別為每支 1.5 毫克 / 支、15 毫克 / 支。

另自 2007 年 7 月 1 日起，分別為每支 1.2 毫克 / 支、12 毫克 / 支。復於 2009 年 3 月 27 日依新修正菸害防制法第 8 條授權訂定「菸品尼古丁焦油含量檢測及容器標示辦法」並於該辦法第 7 條規定，自 2009 年 4 月 1 日起每支紙菸之尼古丁、焦油最高許可含量，調整分別為 1 毫克 / 支、10 毫克 / 支。

#### 研發菸品檢測技術

發展檢驗技術為逐年建立檢測市售紙菸中尼古丁、焦油及一氧化碳含量趨勢變化之監測技術，並研發紙菸主煙流中致癌物質亞硝胺（N - 亞硝基降菸鹼（NNN）、4 - 甲基亞硝胺 -1-3-吡啶基 -1 - 丁酮（NNK）、N - 亞硝基新菸鹼（NAT）和 N - 亞硝基新菸草鹼（NAB）檢驗方法及含量，菸葉中重金屬（砷、鎘、鉻、鉛、汞、鎳及硒）含量監測調查，除收集國際菸品技術發展及管制趨勢外，並對菸品成分管制、技術研究及關於尼古丁及焦油含量之監測等菸品危害物質之資訊，亦可作為區別《菸酒管理法》第 7 條所稱劣菸之檢驗基礎。



▲ 透過吸菸機及氣相層析串聯質譜儀檢測菸品危害健康之物質

## 建立檢驗及監測資料

自 2001 年 7 月起，辦理市售紙菸之尼古丁及焦油含量抽測，自 2006 年起，一氧化碳亦納入監測項目。尼古丁及焦油含量之檢測，依國際標準組織（ISO）所訂相關標準之檢測條件執行實驗室檢測作業。

2013 年抽查市售 7 種國產紙菸、35 種進口紙菸及 3 種大陸進口共 45 種品項之主菸流中尼古丁、焦油及一氧化碳含量調查，檢驗結果發現，所有抽樣菸品檢測值符合菸害防制法之規定。

依 1995 年至 2013 年歷年市售紙菸中尼古丁及焦油含量檢測結果發現，大多市售紙菸尼古丁及焦油含量，能符合衛生主管機關之規定，但菸煙中有超過 7,000 多種化學物質，其中 90 多種成分為致癌及毒性物質，對身體健康造成嚴重傷害。



▲ 菸品成分資料網站 (<http://tobacco-information.hpa.gov.tw/>)

## 菸品資料申報

鑑於菸品之成分、添加物及燃燒後的排放物具有成癮性及有毒性，故為使菸品相關資訊公開透明化，世界衛生組織菸草控制綱要公約於第 9 條及第 10 條規定，菸品製造商及輸入商應向政府申報菸品成分、有毒物質與其可能產生排放物的相關資訊，且締約方應進行菸品成分的管制與檢測，使菸品相關資訊公開透明，公部門及社會大眾能清楚瞭解菸品的相關資訊，以避免菸品導致健康危害。

2007 年 7 月 11 日修正公布之菸害防制法第 8 條規定，菸品業者應申報菸品相關資料，我國乃於 2008 年 12 月 4 日訂定發布「菸品資料申報辦法」，明定菸品製造及輸入業者應申報菸品成分、添加物、排放物及其已知毒性資料、申報項目之檢驗、申報之方式及時間等事項。

至 2013 年 12 月 31 日止，已辦理菸品資料申報業者總計有 128 家，共申報 3,165 項菸品。本署依財政部關務署按月提供之菸品輸入資料，逐一核對於菸品業者依規定辦理菸品資料申報作業



之情形，對於超過期限未申報、申報資料不符或漏未申報，依菸害防制法第 25 條之規定處新臺幣 10 萬元以上 50 萬元以下罰鍰，並令限期申報；屆期未申報者，按次連續處罰。2013 年度裁處 9 件，裁處金額計 110 萬元。

為方便申報資料之管理，本署委託辦理「菸品成分資料網暨成分分析系統」，建置封閉式資料庫系統，以儲存及匯入菸品製造及輸入業者對政府所申報之不公開資料；對民衆公開之申報資料部分，則建置於菸品成分資料網站，並供一般民衆查詢，以揭露菸品成分、添加物、排放物及其相關毒性資料。該網站自 2010 年 4 月開放，至 2013 年 12 月 31 日止，瀏覽人次為 170,619、瀏覽次數為 217,574 次。

## ● 國際交流

### 菸害防制政策研究之國際合作

「世界衛生組織菸草控制綱要公約」第 20 ~ 22 條提出各締約方應進行區域和全球之研究、監測及訊息交流，透過相關國際機構進行科學、技術和法律方面的合作及提供相關專長，以落實公約之履行。為呼應公約之規定並與國際接軌，以符合國際菸害防制政策分析或評估之架構，進行本土性或跨國性研究，並組成國內、外菸害防制專家學者之研究團隊，規劃合作模式與執行，冀提升我國菸害防制相關成果之國際能見度。本計畫為三年期計畫，自 2011 年—2013 年持續進行研究。計畫內容包括：

- 一、核心計畫為「臺灣菸害防制體制系統分析與評估」：根據聯合國世界衛生組織推薦的「MPOWER」架構，彙整及檢視臺灣菸害防制政策推動現況。
- 二、三項子計畫：
  - (一) 菸品健康經濟學分析：分析臺灣菸害防制政策與菸害經濟負擔、菸品健康福利對菸品市場及消費行為之影響、探討臺灣菸害防制之不平等議題。
  - (二) 青少年與青少年吸菸行為及其預防之相關因素：釐清臺灣青少年 / 女吸菸者的特性及影響吸菸的各種因素、減少臺灣青少年 / 女吸菸行為的環境因素分析以及介入方案之需求評估、根據調查結果對未來全國性調查之內容與方式提供建議，並且對與青少年 / 女有關之菸害防制政策提供建議。

(三) 架構戒菸治療服務體系之成效探討：門診戒菸治療服務之可近性與公平性與戒菸治療服務成效分析、分析健康溝通對於戒菸行為之成效、慢病住院病患對戒菸衛教諮詢服務模式之需求比較分析與建構衛教諮詢師角色功能之探討。

三、研究執行單位組成臺灣菸害防制政策分析學術團隊，並透過國際上知名加州大學柏克萊分校菸害防制經濟學家胡德偉教授、伊利諾大學芝加哥分校 Frank J. Chaloupka 教授及密西根大學 Kenneth E. Warner 教授等多位國際菸害防制專家學者建立國際學術合作模式，形成菸害防制政策學術網絡（Network）諮詢協助。國內外團隊定期透過參訪座談、視訊會議、共同參與國際會議、資料分析等方式密集交流，建立學術合作及交流模式。

## 參與世界衛生組織菸草控制綱要公約

「世界衛生組織菸草控制綱要公約」（FCTC）於 2005 年 2 月 17 日生效，為全球第一個公共衛生公約，至 2013 年計有 177 個國家批准該公約成為締約方，該公約要求各締約方應經由各自國內之相關立法、實施、行政或其他措施及國際合作等程序，確實遵守該公約之各項規範遏止菸害，並分別於 2006 年 2 月 6 日至 17 日在日內瓦召開第一次締約方會議，2007 年 6 月 30 日至 7 月 6 日於泰國曼谷聯合國會中心舉辦第二次締約方會議，2008 年 11 月 17 日至 11 月 22 日於南非德班舉辦第三次締約方會議，2010 年 11 月 15 日至 11 月 20 日於烏拉圭東岬舉辦第四次締約方會議，2012 年 11 月 12 日至 11 月 17 日於南韓首爾舉辦第五次締約方會議。

FCTC 係全世界最多國家簽署的衛生公約，輪流於世界衛生組織不同區域召開。臺灣於 2005 年 3 月 30 日由總統批准並簽署加入書，更參考該公約之精神，於 2007 年修正菸害防制法並自 2009 年 1 月 11 日實施，同年 1 月 23 日再次通過修法將菸品健康福利捐由每包菸新臺幣 10 元調高為 20 元並自同年 6 月 1 日實施，展現我國落實該公約的決心。臺灣雖非 FCTC 之締約方，但為了使國內衛生醫藥法規仍能即時與國際接軌，促進菸害防制之國際合作，有必要以各種可行方式對於本公約之各項議定書與準則予以掌握。

在 FCTC 各項議題研析方面，首先針對加拿大、歐盟、英國、美國、澳洲、泰國及中國等國家進行「各國菸品申報辦法比較分析」，其中加拿大菸品資訊管制規則、歐盟 2001 年菸品標示指令及 2007 年菸品申報之實務指引、英國 2002 年菸草產品（製造、展示、銷售）規則



及美國家庭吸菸預防與菸草控制法，均規範詳盡嚴密，極具參考價值，泰國及中國規範亦較為簡略，惟其與臺灣同為亞洲國家，亦有參考必要。

2012年「世界衛生組織菸草控制綱要公約」第五次締約方會議於韓國首爾舉辦，會議中通過《消除菸品非法貿易議定書》（Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products），建立全球菸品追蹤和調查系統，未來將致力於證照許可制、責任制、資訊分享，和法律面協助等。這是FCTC的第一份議定書，並自2013年1月10日起，一年內供締約方簽署。未來仍會積極參與國際衛生事務，和世界各國一起推動健康事業；並且調整我國菸害防制政策與FCTC規範接軌，結合跨部門、民間和學術的力量，努力降低吸菸率以維護國人健康，成為全球的模範。

## 菸害防制國際研討會議

### 辦理「全球菸害防制政策在地化國際研討會」

2013年8月23-24日辦理「全球菸害防制政策在地化國際研討會」，總計約160人參加，將我國菸害防制努力的過程，以學術發表的方式與該領域國際專家互動，並提供本署具體的菸害防制政策建言。

本研討會邀請國外學者Dr.Kenneth E.Warner、Dr.Judith Mackay、Dr.Frank J. Chaloupka、Dr.

Bonnie Halpern-Felsher...等，分4場會議討論菸害防制政策，主題分別為：

- (一) 菸害控制政策 / 系統之評估
- (二) 青少年吸菸之預防
- (三) 菸害防制經濟學
- (四) 戒菸服務：新政策和諮詢之需要



2013全球菸害防制政策在地化國際研討會  
International Conference on Globalization of Tobacco Control Policy

▲ 2013年「全球菸害防制政策在地化國際研討會」

會後並針對上揭國內菸害防制議題與國內外學者專家進行 panel discussion，與會專家對於國內菸害防制成果皆表肯定，並提供本署相關具體政策建議。

### 辦理「國際菸害防制專家學者座談會」

本署委託財團法人聯合醫學基金會辦理之「菸害防制全球資訊網計畫」，於 2013 年 9 月 16-17 日舉行「國際菸害防制專家學者座談會」，分享國際重要菸害防制及臺灣菸害防制政策推動經驗與啓示。

邀請加拿大國際菸害防制政策評價計畫專家學者 (Dr. Geoffrey T. Fong, Professor, Dr. Anne Quah)，分享該研究團隊於 22 個國家執行菸害防制政策評估經驗及成果 (包括英國、美國、加拿大、澳洲…等，其監測研究範圍含括全世界 50% 人口、60% 吸菸者及 70% 菸品使用者)，以利政府機關、民間團體以及國內專家學者，更快速瞭解全球菸害防制的調查研究與執行，有助於我國菸害防制業務之推動及發展。



▲ 2013 年「國際菸害防制專家學者座談會」

### 2013 無菸醫院國際金獎論壇

「全球無菸健康照護網絡 (ENSH-Global Network for Tobacco Free Healthcare Services)」於 1999 年成立，至 2013 年已有 21 個國家，30 個網絡會員加入，臺灣於 2011 年加入，成為亞太地區第一個網絡，在全臺醫院對健康促進工作的重視與支持下，迅速擴展為亞太地區第一大網絡，且規模持續壯大，至今全臺已有 147 家醫院加入。

全球無菸健康照護網絡為提供國際分享與學習之管道，推廣無菸醫院概念，每年均舉辦「全球無菸醫院國際金獎認證」，由各國提送達到參賽門檻且極具特色之候選醫院參加評比，經過全球激烈的競爭與無菸醫院推動最佳實證的考評，評選出國際金獎醫院，以建立標竿學習之典範。我國於 2012 年囊括 6 家國際金獎醫院中之 5 家，2013 年再次於全球 7 家獲獎醫院



中囊括 4 家（彰化基督教醫院、臺北醫學大學附設醫院、中山醫學大學附設醫院、新北市立聯合醫院），蟬連全球無菸醫院國際金獎獲獎最多國家。

2013 年本署及獲獎醫院受邀參與 5 月 22 日於瑞典舉辦之「2013 無菸金獎論壇」金獎頒獎暨國際研討會，分享我國落實院區無菸環境、員工教育與訓練、實施戒菸服務等成果與綜合座談，這樣的殊榮與實質參與，不僅使國內菸害防制及醫療保健政策得以與世界接軌，對於將國內預防醫學與醫院健康促進成果推上國際舞台，亦具有重大意義。



▲ 2013.05.22 邱署長受邀於「2013 無菸金獎論壇」金獎頒獎典禮金獎頒獎暨國際研討會致詞



# 4

## 結語

自 1997 年菸害防制法正式實施以及 2009 年 1 月修正上路，我國成年男性與女性之吸菸率於 2013 年雖已降至 32.5% 及 3.3%，國中和高中職吸菸率也分別降至 5.2% 及 11.9%，然一旦達到 18 歲，即又有大量年輕成人加入吸菸行列。雖然新規定實施數年，拒絕菸害已逐漸成為一般生活規範，然而推動無菸環境是一項長期工作，雖然民衆認知增加及環境菸害改善，但年輕成人族群及青少年吸菸議題、網咖與室內工作場所等禁菸場所落實無菸環境及菸品販賣場所禁售菸品予 18 歲以下者等問題，都還有需改善與努力的空間。

世界衛生組織明確建議，戒菸是菸害防制政策中重要的一環。惟有透過幫助吸菸者戒菸，才能使更多的民衆免於一手菸與二手菸的危害。未來，除呼籲禁菸場所管理人及菸品販賣業者應善盡善良管理人之責，確實遵守相關規定，也請各衛生局加強重點場所的輔導稽查，並持續積極擴展戒菸共同照護網絡，利用現有系統和資源提供最大限度的服務，除既有的門診戒菸與戒菸專線外，亦於 2013 年提供「全程、全面、全民」的二代戒菸治療服務，以增加急診、住院之戒菸治療服務，並加強校園、軍隊、職場與醫療機構之戒菸服務，培訓社區藥局、校園、職場及醫療院所之戒菸衛教人員，邀請所有民衆的支持與參與，共同幫助吸菸者戒菸，預約美好人生。

# 5

## 附錄

### ● 菸害防制法

98年1月23日華總（一）義字第09800016541號令修正

#### 第一章 總則

第1條 為防制菸害，維護國民健康，特制定本法；本法未規定者，適用其他法令之規定。

第2條 本法用詞定義如下：

- 一、菸品：指全部或部分以菸草或其代用品作為原料，製成可供吸用、嚼用、含用、聞用或以其他方式使用之紙菸、菸絲、雪茄及其他菸品。
- 二、吸菸：指吸食、咀嚼菸品或攜帶點燃之菸品之行為。
- 三、菸品容器：指向消費者販賣菸品所使用之所有包裝盒、罐或其他容器等。菸品廣告：指以任何形式之商業宣傳、促銷、建議或行動，其直接或間接之目的或效果在於對不特定之消費者推銷或促進菸品使用。
- 四、菸品贊助：指對任何事件、活動或個人採取任何形式之捐助，其直接或間接之目的或效果在於對不特定之消費者推銷或促進菸品使用。

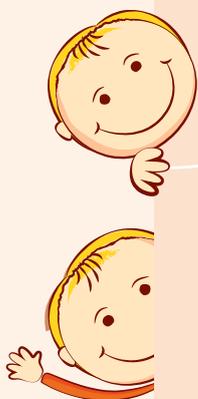
第3條 本法所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。

#### 第二章 菸品健康福利捐及菸品之管理

第4條 菸品應徵健康福利捐，其金額如下：

- 一、紙菸：每千支新臺幣一千元。
- 二、菸絲：每公斤新臺幣一千元。
- 三、雪茄：每公斤新臺幣一千元。
- 四、其他菸品：每公斤新臺幣一千元。

前項健康福利捐金額，中央主管機關及財政部應每二年邀集財政、經濟、公共衛生及相關領域學者專家，依下列因素評估一次：



- 第 4 條 一、可歸因於吸菸之疾病，其罹病率、死亡率及全民健康保險醫療費用。  
二、菸品消費量及吸菸率。  
三、菸品稅捐占平均菸品零售價之比率。  
四、國民所得及物價指數。  
五、其他影響菸品價格及菸害防制之相關因素。
- 第一項金額，經中央主管機關及財政部依前項規定評估結果，認有調高必要時，應報請行政院核定，並送立法院審查通過。
- 菸品健康福利捐應用於全民健康保險之安全準備、癌症防治、提升醫療品質、補助醫療資源缺乏地區、罕見疾病等之醫療費用、經濟困難者之保險費、中央與地方之菸害防制、衛生保健、社會福利、私劣菸品查緝、防制菸品稅捐逃漏、菸農及相關產業勞工之輔導與照顧；其分配及運作辦法，由中央主管機關及財政部訂定，並送立法院審查。
- 前項所稱醫療資源缺乏地區及經濟困難者，由中央主管機關定之。
- 菸品健康福利捐由於酒稅稽徵機關於徵收菸酒稅時代徵之；其繳納義務人、免徵、退還、稽徵及罰則，依菸酒稅法之規定辦理。
- 第 5 條 對消費者販賣菸品不得以下列方式為之：  
一、自動販賣、郵購、電子購物或其他無法辨識消費者年齡之方式。  
二、開放式貨架等可由消費者直接取得且無法辨識年齡之方式。  
三、每一販賣單位以少於二十支及其內容物淨重低於十五公克之包裝方式。但雪茄不在此限。
- 第 6 條 菸品、品牌名稱及菸品容器加註之文字及標示，不得使用淡菸、低焦油或其他可能致人誤認吸菸無害健康或危害輕微之文字及標示。但本法修正前之菸品名稱不適用之。
- 菸品容器最大外表正反面積明顯位置處，應以中文標示吸菸有害健康之警示圖文與戒菸相關資訊；其標示面積不得小於該面積百分之三十五。
- 前項標示之內容、面積及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。
- 第 7 條 菸品所含之尼古丁及焦油，應以中文標示於菸品容器上。但專供外銷者不在此限。
- 前項尼古丁及焦油不得超過最高含量；其最高含量與其檢測方法、含量標示方式及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。
- 第 8 條 菸品製造及輸入業者應申報下列資料：  
一、菸品成分、添加物及其相關毒性資料。  
二、菸品排放物及其相關毒性資料。
- 前項申報資料，中央主管機關應定期主動公開；必要時，並得派員取樣檢查（驗）。前二項應申報資料之內容、時間、程序、檢查（驗）及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。
- 第 9 條 促銷菸品或為菸品廣告，不得以下列方式為之：  
一、以廣播、電視、電影片、錄影物、電子訊號、電腦網路、報紙、雜誌、看板、海報、單張、通知、通告、說明書、樣品、招貼、展示或其他文字、圖畫、物品或電磁紀錄物為宣傳。  
二、以採訪、報導介紹菸品或假借他人名義之方式為宣傳。  
三、以折扣方式銷售菸品或以其他物品作為銷售菸品之贈品或獎品。  
四、以菸品作為銷售物品、活動之贈品或獎品。



- 第 9 條 五、以菸品與其他物品包裹一起銷售。  
六、以單支、散裝或包裝之方式分發或兜售。  
七、利用與菸品品牌名稱或商標相同或近似之商品為宣傳。  
八、以茶會、餐會、說明會、品嚐會、演唱會、演講會、體育或公益等活動，或其他類似方式為宣傳。  
九、其他經中央主管機關公告禁止之方式。
- 第 10 條 販賣菸品之場所，應於明顯處標示第六條第二項、第十二條第一項及第十三條意旨之警示圖文；菸品或菸品容器之展示，應以使消費者獲知菸品品牌及價格之必要者為限。前項標示與展示之範圍、內容、方式及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。
- 第 11 條 營業場所不得為促銷或營利目的免費供應菸品。

### 第三章 兒童及少年、孕婦吸菸行為之禁止

- 第 12 條 未滿十八歲者，不得吸菸。  
孕婦亦不得吸菸。  
父母、監護人或其他實際為照顧之人應禁止未滿十八歲者吸菸。
- 第 13 條 任何人不得供應菸品予未滿十八歲者。  
任何人不得強迫、引誘或以其他方式使孕婦吸菸。
- 第 14 條 任何人不得製造、輸入或販賣菸品形狀之糖果、點心、玩具或其他任何物品。

### 第四章 吸菸場所之限制

- 第 15 條 下列場所全面禁止吸菸：
- 一、高級中等學校以下學校及其他供兒童及少年教育或活動為主要目的之場所。
  - 二、大專校院、圖書館、博物館、美術館及其他文化或社會教育機構所在之室內場所。
  - 三、醫療機構、護理機構、其他醫事機構及社會福利機構所在場所。但老人福利機構於設有獨立空調及獨立隔間之室內吸菸室，或其室外場所，不在此限。
  - 四、政府機關及公營事業機構所在之室內場所。
  - 五、大眾運輸工具、計程車、遊覽車、捷運系統、車站及旅客等候室。
  - 六、製造、儲存或販賣易燃易爆物品之場所。
  - 七、金融機構、郵局及電信事業之營業場所。
  - 八、供室內體育、運動或健身之場所。
  - 九、教室、圖書室、實驗室、表演廳、禮堂、展覽室、會議廳（室）及電梯廂內。
  - 十、歌劇院、電影院、視聽歌唱業或資訊休閒業及其他供公眾休閒娛樂之室內場所。
  - 十一、旅館、商場、餐飲店或其他供公眾消費之室內場所。但於該場所內設有獨立空調及獨立隔間之室內吸菸室、半戶外開放空間之餐飲場所、雪茄館、下午九時以後開始營業且十八歲以上始能進入之酒吧、視聽歌唱場所，不在此限。
  - 十二、三人以上共用之室內工作場所。
  - 十三、其他供公共使用之室內場所及經各級主管機關公告指定之場所及交通工具。

- 第 15 條 前項所定場所，應於所有入口處設置明顯禁菸標示，並不得供應與吸菸有關之器物。  
第一項第三款及第十一款但書之室內吸菸室；其面積、設施及設置辦法，由中央主管機關定之。
- 第 16 條 下列場所除吸菸區外，不得吸菸；未設吸菸區者，全面禁止吸菸：  
一、大專校院、圖書館、博物館、美術館及其他文化或社會教育機構所在之室外場所。  
二、室外體育場、游泳池或其他供公眾休閒娛樂之室外場所。  
三、老人福利機構所在之室外場所。  
四、其他經各級主管機關指定公告之場所及交通工具。  
前項所定場所，應於所有入口處及其他適當地點，設置明顯禁菸標示或除吸菸區外不得吸菸意旨之標示；且除吸菸區外，不得供應與吸菸有關之器物。  
第一項吸菸區之設置，應符合下列規定：  
一、吸菸區應有明顯之標示。  
二、吸菸區之面積不得大於該場所室外面積二分之一，且不得設於必經之處。
- 第 17 條 第十五條第一項及前條第一項以外之場所，經所有人、負責人或管理人  
指定禁止吸菸之場所，禁止吸菸。  
於孕婦或未滿三歲兒童在場之室內場所，禁止吸菸。
- 第 18 條 於第十五條或第十六條之禁菸場所吸菸或未滿十八歲者進入吸菸區，該  
場所負責人及從業人員予勸阻。  
於禁菸場所吸菸者，在場人士得予勸阻。
- 第 19 條 直轄市、縣（市）主管機關對第十五條及第十六條規定之場所與吸菸區之設置及管理事項，應期派員檢查。

## 第五章 菸害之教育及宣導

- 第 20 條 各機關學校應積極辦理菸害防制教育及宣導。
- 第 21 條 醫療機構、心理衛生輔導機構及公益團體得提供戒菸服務。  
前項服務之補助或獎勵辦法，由各級主管機關定之。
- 第 22 條 電視節目、戲劇表演、視聽歌唱及職業運動表演等不得特別強調吸菸之形象。

## 第六章 罰則

- 第 23 條 違反第五條或第十條第一項規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並得按次連續處罰。
- 第 24 條 製造或輸入違反第六條第一項、第二項或第七條第一項規定之菸品者，處新臺幣一百萬元以上五百萬元以下罰鍰，並令限期回收；屆期未回收者，按次連續處罰，違規之菸品沒入並銷毀之。販賣違反第六條第一項、第二項或第七條第一項規定之菸品者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。
- 第 25 條 違反第八條第一項規定者，處新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰，並令限期申報；屆期未申報者，按次連續處罰。  
規避、妨礙或拒絕中央主管機關依第八條第二項規定所為之取樣檢查（驗）者，處新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰。



- 第 26 條 製造或輸入業者，違反第九條各款規定者，處新臺幣五百萬元以上二千五百萬元以下罰鍰，並按次連續處罰。  
廣告業或傳播媒體業者違反第九條各款規定，製作菸品廣告或接受傳播或轉載者，處新臺幣二十萬元以上一百萬元以下罰鍰，並按次處罰。  
違反第九條各款規定，除前二項另有規定者外，處新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰，並按次連續處罰。
- 第 27 條 違反第十一條規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。
- 第 28 條 違反第十二條第一項規定者，應令其接受戒菸教育；行為人未滿十八歲且未結婚者，並應令其父母或監護人使其到場。  
無正當理由未依通知接受戒菸教育者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰，並按次連續處罰；行為人未滿十八歲且未結婚者，處罰其父母或監護人。  
第一項戒菸教育之實施辦法，由中央主管機關定之。
- 第 29 條 違反第十三條規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。
- 第 30 條 製造或輸入業者，違反第十四條規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並令限期回收；屆期未回收者，按次連續處罰。  
販賣業者違反第十四條規定者，處新臺幣一千元以上三千元以下罰鍰。
- 第 31 條 違反第十五條第一項或第十六條第一項規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。  
違反第十五條第二項、第十六條第二項或第三項規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並令限期改正；屆期未改正者，得按次連續處罰。
- 第 32 條 違反本法規定，經依第二十三條至前條規定處罰者，得併公告被處分人及其違法情形。
- 第 33 條 本法所定罰則，除第二十五條規定由中央主管機關處罰外，由直轄市、縣（市）主管機關處罰之。

## 第七章 附則

- 第 34 條 依第四條規定徵收之菸品健康福利捐，分配用於中央與地方菸害防制及衛生保健之部分，由中央主管機關設置基金，辦理菸害防制及衛生保健相關業務。  
前項基金之收支、保管及運用辦法，由行政院定之。
- 第 35 條 法自公布後六個月施行。  
本法中華民國九十六年六月十五日修正條文，除第四條之施行日期，由行政院定之外，自公布後十八個月施行。  
本法中華民國九十八年一月十二日修正之第四條條文，其施行日期，由行政院定之。

## 相關辦法

【<http://health99.hpa.gov.tw/documents/%E8%8F%B8%E5%AE%B3%E9%98%B2%E5%88%B6%E6%B3%95.pdf>】

- 菸品健康福利捐分配及運作辦法（98.12.30）
- 戒菸教育實施辦法（97.2.22）
- 戒菸服務補助獎勵辦法（97.2.22）
- 菸品尼古丁焦油含量檢測及容器標示辦法（97.3.27）
- 室內吸菸室設置辦法（97.5.29）
- 販賣菸品場所標示及展示管理辦法（97.6.23）
- 菸害防制及衛生保健基金收支保管及運用辦法（97.8.21）
- 菸品資料申報辦法（101.8.8）

## ● 國內外菸害防制相關網站

- 衛生福利部國民健康署健康九九網站 <http://health99.hpa.gov.tw/>
- 衛生福利部國民健康署菸害防制資訊網 <http://tobacco.hpa.gov.tw/>
- 菸害防制相關法規 <http://tobacco.hpa.gov.tw/ContentList.aspx?MenuId=551>
- 菸品成分資料網站 <http://tobacco-information.hpa.gov.tw/>
- 財政部菸酒管理資訊網 <http://www.nta.gov.tw/Subject.aspx?t0=73>
- 健康數字 123plus 國民健康指標互動查詢網站 <https://olap.hpa.gov.tw/>
- 國民健康署門診戒菸治療管理中心 <http://ttc.hpa.gov.tw/quit/>
- 戒菸專線服務中心 <http://www.tsh.org.tw/>
- 健康職場資訊網 <http://health.hpa.gov.tw/>
- 臺灣健康促進學校 <http://hpshome.giee.ntnu.edu.tw>
- 董氏基金會華文戒菸網 <http://www.e-quit.org/index.aspx>
- WHO-Tobacco <http://www.who.int/topics/tobacco/en/>
- WHO Framework Convention on Tobacco Control <http://www.who.int/fctc/en/>
- USA CDC-Smoking & Tobacco Use <http://www.cdc.gov/tobacco/>
- U.S. Department of Health and Human Services-Smoking and Tobacco Widgets  
<http://www.hhs.gov/web/services/library/smoketobacco.html>
- Global tobacco control <http://www.globaltobaccocontrol.org/>
- NSW Health <http://www.health.nsw.gov.au/tobacco/pages/default.aspx>
- Hong Kong Council on Smoking & Health <http://smokefree.hk/tc/content/home.do>
- Quit Victoria <http://www.quit.org.au/>
- ASHLine-Arizona Smokers' Helpline <http://ashline.ning.com/>
- California Smokers' Helpline <http://www.californiasmokershelpline.org/>
- European Network of Quitlines <http://www.enqonline.org/>



## ● 菸害防制法修法大事紀

日期	內容
1997年03月19日	總統公布「菸害防制法」並自同年9月19日施行
1997年09月17日	公布「菸害防制法施行細則」
1998年02月18日	公布「戒菸教育實施辦法」
1999年02月10日	公布「戒菸諮詢服務機構獎勵辦法」
1999年10月27日	修正「菸害防制法施行細則」
2000年01月19日	總統公布修正「菸害防制法」 (配合臺灣省政府功能業務與組織調整修正第3條及第30條條文)
2000年04月19日	總統公布「菸酒稅法」(原菸品健康福利捐法源)、「菸酒管理法」。
2000年05月23日	「菸害防制法修正草案」送立法院審查未通過(第四屆)
2000年10月26日	「菸害防制法修正草案」立法院公聽會
2000年12月29日	財政部發布「菸品健康福利捐分配及運用辦法」,並送立法院備查。
2002年01月01日	「菸酒稅法」及「菸酒管理法」施行
2002年05月31日	「菸害防制法修正草案」送立法院審查未通過(第五屆)
2003年05月	第56屆世界衛生大會通過全球第一個公共衛生公約「世界衛生組織菸草控制框架公約」 (WHO The Framework Convention on Tobacco Control, 簡稱FCTC)。
2004年05月	「菸害防制法修正草案」經衛生署法規委員會四次會議討論通過(第165-168次會議)
2004年12月24日	衛生署通過將菸捐法源由菸酒稅法第22條移列至菸害防制法第4條之1修正草案
2005年02月24日	針對菸害防制法第4條之1、第30條修正草案,行政院進行第一次審查,其中菸捐部分於94年3月2日行政院會通過送立法院審查。
2005年02月27日	WHO FCTC 生效
2005年03月07日	行政院「菸害防制法修正草案」(菸捐部分)送立法院審查(第六屆)
2005年03月14日	邀集產業代表、民間團體、學者及相關部會召開菸害防制法「修法草案公聽會」。
2005年03月30日	總統批准WHO FCTC 並簽署加入書
2005年04月08日	菸害防制法第1條至第27條修正草案,行政院進行第二次審查

日期	內容
2005 年 04 月 18 日	菸害防制法第 27 條之後條文，行政院進行第三次審查後，於 94 年 4 月 27 日院會通過。
2005 年 04 月 27 日	「菸害防制法修正草案」(全案)送立法院審查(第六屆)
2005 年 05 月 23 日	衛生署國民健康局邀各版本提案委員召開協調會，就菸捐、菸品廣告、禁菸場所、胎兒及兒童保護等四項議題進行討論
2005 年 05 月 26 日	立法院財政委員會審查「菸酒稅法部分條文修正草案」，初審通過將菸品健康福利捐課徵金額由每包 5 元(20 支)調高至 10 元。
2005 年 09 月 27 日	立法院院會將菸酒稅法修正案(菸捐部分)退回朝野協商
2005 年 10 月 06 日	衛生署召開「菸害防制法修法協商會議」，「菸品容器標示健康警示圖文」調降為 50%；另「菸品標示不得以『Mild』、『Light』等誤導性之文字」的規定「不溯及既往」。
2005 年 11 月 09 日	「菸害防制法修正草案」於立法院衛生環境及社會福利委員會完成初審，逕送二讀，不送朝野協商
2005 年 12 月 23 日	立法院院會將「菸害防制法修正案」排入議程進行二、三讀，惟因提前散會未及討論。
2005 年 12 月 30 日	再度排入議程，因委員連署退回政黨協商。
2006 年 01 月 03 日	立法院三讀通過菸酒稅法第 22 條修正案
2006 年 01 月 18 日	菸酒稅法修正案由總統公布(菸捐由 5 元/包，提高為 10 元/包)。
2006 年 02 月 16 日	「菸酒稅法第 22 條」修正案及該法授權訂定「菸品健康福利捐分配及運作辦法」
2006 年 11 月 15 日	立法院第四次朝野協商，通過之「『室內』公共場所全面禁菸」及「餐廳、旅館等供公眾消費、娛樂之場所，得設獨立空調、獨立隔間之吸菸室」兩案併送院會表決。
2007 年 01 月 16 日	立法院進行菸害防制法修正案二讀，完成 35 條二讀，惟第十條(有關菸品不得展示或陳列於消費者可自行取得之處所部份)及第十五條(有關全面禁止吸菸之場所部份)保留
2007 年 06 月 15 日	菸害防制法修正案三讀通過
2007 年 07 月 11 日	菸害防制法總統公布修正，菸品健康福利捐徵收法源由「菸酒稅法」第 22 條移列至「菸害防制法」第 4 條。
2007 年 10 月 11 日	依「菸害防制法」第 4 條第 4 項授權訂定「菸品健康福利捐分配及運作辦法」並公布之，並送立法院審議。
2008 年 01 月 08 日	「菸害防制法」第 4 條、第 35 條修正案有關於捐金額、評估機制等，衛生署署法規委員會審議通過。
2008 年 01 月 15 日	「菸害防制法」第 4 條、第 35 條修正案函報行政院
2008 年 02 月 01 日	行政院召開「審查『菸害防制法』第 4 條、第 35 條修正草案」及『菸酒稅法』第 22 條修正草案」會議。



日期	內容
2008 年 02 月 22 日	「戒菸服務補助獎勵辦法」及「戒菸教育實施辦法」修正發布
2008 年 03 月 27 日	「菸品尼古丁焦油含量檢測及容器標示辦法」發布
2008 年 05 月 29 日	「室內吸菸室設置辦法」發布
2008 年 05 月 30 日	25 縣市首長「無菸公共場所，25 縣市全力以赴」宣導片首播記者會，宣示從中央到地方落實公共場所禁菸。
2008 年 06 月 23 日	「販賣菸品場所標示及展示管理辦法」發布
2008 年 07 月	辦理菸害防制法新規定實施前媒體宣導期前現況調查，瞭解民眾之知曉度。
2008 年 07 月 17 日	「菸害防制法」第 4 條、第 35 條修正案及第 4 條之施行日期函報行政院
2008 年 08 月	辦理「菸害防制法新規定餐廳業者宣導成效調查」，瞭解餐廳業者之知曉度。
2008 年 08 月 21 日	「菸害防制及衛生保健基金收支保管及運用辦法」行政院發布
2008 年 09 月 02 日	行政院召開「審查『菸害防制法』第 4 條、第 35 條修正草案」及第 4 條施行日期暨『菸酒稅法』第 22 條修正草案」會議。
2008 年 09 月 10 日	行政院召開「審查『菸害防制法』第 4 條、第 35 條修正草案」及第 4 條施行日期暨『菸酒稅法』第 22 條修正草案」第 2 次會議。
2008 年 10 月 23 日	行政院召開「審查『菸害防制法』第 4 條、第 35 條修正草案」及第 4 條施行日期暨『菸酒稅法』第 22 條修正草案」第 3 次會議。
2008 年 10 月 30 日	行政院第 3116 次會議通過菸害防制法第 4 條、第 35 條修正草案並於 97 年 11 月 4 日函送立法院。
2008 年 11 月 10 日	成立國民健康局跨組室菸害防制應變中心，每週定期召開會議。
2008 年 11 月 14 日	行政院審議通過菸害防制法第 4 條、第 35 條修正草案並函送立法院。
2008 年 11 月 28 日	召開第 1 次縣市衛生局長會議（共 4 次），與縣市衛生局長溝通討論菸害防制新規定之宣導策略與執法情形。
2008 年 12 月	辦理菸害防制法新規定實施前媒體宣導期後現況調查，瞭解民眾之知曉度，並據以加強宣導策略。
2008 年 12 月 01 日	1. 開始進行 25 縣市實地抽查 ( 共 5 次 ) 2. 成立衛生署菸害防制應變中心，定期召開會議。
2008 年 12 月 04 日	「菸品資料申報辦法」發布
2008 年 12 月 10 日	立法院第 7 屆第 2 會期衛環委員會第 22 次全體委員會議審查「菸害防制法第 4 條、第 35 條修正草案」

日期	內容
2008 年 12 月 26 日	於疾病管制局國家衛生指揮中心，辦理「菸害防制法」實施之應變體系處置演習。
2009 年 01 月 05 日	葉署長金川率隊模擬實地稽核
2009 年 01 月 11 日	菸害防制法新規定上路，進駐疾病管制局國家衛生指揮中心，發布 25 縣市首日稽查結果。
2009 年 01 月 12 日	菸害防制法第 4 條、第 35 條修正案立法院三讀通過，菸品健康福利捐之金額由每包 10 元調整為每包 20 元。
2009 年 01 月 23 日	總統公布菸害防制法第 4 條、第 35 條修正案，菸品健康福利捐之金額由每包 10 元調整為每包 20 元，並於同年 6 月 1 日實施。
2009 年 03 月 18 日	公告「行政院衛生署定期主動公開菸品申報資料原則」 公告「菸品資料申報辦法」之申報方式及格式事宜
2009 年 04 月 10 日	發布新聞宣布菸品健康福利捐自 98 年 6 月 1 日起調漲為 20 元，基於保護消費者權益，且為避免菸品囤積及業者不當得利之情事，採用辨識標記方式區分繳交 20 元菸品健康福利捐的菸品。
2009 年 04 月 17 日	1. 公告按每包 20 元繳交健康福利捐之菸品應提供消費者能辨識之標記等相關規定措施 2. 衛生署與財政部會銜修正發布「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第 4 條及第 5 條，並送立法院審議。
2009 年 05 月 14 日	委託財政部印刷廠印製完成第 1 批 1,500 萬枚菸品健康福利捐之辨識標記
2009 年 05 月 19 日	委託財政部印刷廠印製完成第 2 批 1,000 萬枚菸品健康福利捐之辨識標記
2009 年 05 月 20-22 日	召集各衛生機關稽查同仁分別，於臺中、高雄及臺北舉辦「菸品辨識標記查核說明會」，說明於捐調漲後之消費者保護措施及菸品辨識標記防偽說明。
2009 年 05 月 26 日	財政部印刷廠舉辦菸品辨識標記配發點配發作業說明會
2009 年 06 月 01 日	菸品健康福利捐由每包菸課徵 10 元調漲為 20 元
2009 年 06 月 02 日	菸品輸入業者於全國五個配發點領取菸品健康福利捐之辨識標記，至 2009 年 11 月 15 日總計領取 8,954,792 枚。
2009 年 06 月 04 日	菸品製造及輸入業者依「菸品資料申報辦法」規定辦理菸品資料首次申報作業
2009 年 07 月	辦理「菸害防制法新規定餐廳業者宣導成效」後測調查，瞭解餐廳業者之知曉度。
2009 年 09 月 18 日	訂定「行政院衛生署國民健康局菸品資料申報及審查作業原則」
2009 年 12 月 30 日	衛生署與財政部會銜修正發布「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第 4 條、第 5 條、第 8 條，並送立法院審議。
2010 年 07 月 23 日	召開「菸捐調漲專家評估會議」



日期	內容
2010年09月17日	召開「全國菸害防制策略研討會」
2010年10月04日	衛生署以署授國字第0990700968號公告發布「促銷菸品或為菸品廣告之禁止方式」
2010年11月04日	重新公告「菸品資料申報辦法」之申報方式及格式
2010年11月29日	署授國字第0990701200號令核釋「人行地下道」為菸害防制法第15條第1項第13款規定「其他供公共使用之室內場所」，應予全面禁止吸菸。
2010年12月	菸品製造及輸入業者依「菸品資料申報辦法」規定首次辦理年度菸品資料更新申報作業
2011年04月06日	召開「菸品健康福利捐分配及運作績效檢討會」
2011年04月22日	召開菸害防制法修法研商會議
2011年05月06日	修正發布「菸品尼古丁焦油含量檢測及容器標示辦法」第10條、第13條條文
2011年05月19日	立法院社會福利及衛生環境委員會併案審查「菸害防制法部分條文修正草案」等5法案大體詢答
2011年05月20日	臺灣菸酒公司工會聯合會致函立法院潘維剛委員國會辦公室提出菸害防制法修法陳情書
2011年05月26日	臺灣連鎖暨加盟協會提出菸害防制法修正草案意見予行政院秘書處
2011年06月02日	美國若干公協會致函外交部，提出菸害防制法修正草案意見。
2011年06月22日	中華民國雪茄菸草業協會籌備處致函行政院秘書處，提出菸害防制法修正草案意見書
2011年08月24日	召開「菸品健康福利捐評估專家會議」
2011年09月05日	行政院衛生署、財政部會銜修正發布「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第4條、第8條條文。
2011年09月05-06日	委託董氏基金會辦理「兩岸四地菸害防制交流研討會」，「相思草人權促進協會」於會場外抗議，訴求讓吸菸者、非吸菸者互相尊重，反對歧視修法。
2011年09月07日	召開菸害防制法修正草案座談會
2011年09月08日	行政院修正發布「菸害防制及衛生保健基金收支保管及運用辦法」
2012年08月08日	修正發布「菸品資料申報辦法」第6條、第9條、第10條條文。
2012年09月06日	召開「101年菸品健康福利捐評估會議」
2012年09月11日	召開「菸品健康福利捐使用成效追蹤會議」
2012年10月26日	廖國棟委員等22人提案，提案修正菸害防制法部分條文，通過一讀交付委員會審查。

日期	內容
2012年11月09日	臺灣團結聯盟立法院黨團黃文玲提案修正菸害防制法第10條、第35條，通過一讀交付委員會審查。
2012年11月16日	王育敏委員等22人提案，修正菸害防制法第2條、第10條，通過一讀交付委員會審查。
2012年11月30日	黃偉哲委員等20人提案，修正菸害防制法第13條及第29條修正草案，通過一讀交付委員會審查。
2012年12月25日	行政院衛生署召開「行政院衛生署菸害防制策進會」101年委員會議
2012年12月29日	行政院勞工委員會召開「101年度行政院勞工委員會勞動政策座談會」國民健康局針對臺灣菸酒股份有限公司工作聯合會不應調漲菸捐之提案，加以回應。
2013年02月22日	召開「菸品健康福利捐評估座談會議」邀請贊成與反對之利害相關團體與會。
2013年03月22日	王育敏委員等26人，提案修正菸害防制法第5條草案，立法院通過一讀交付委員會審查。
2013年03月22日	江啓臣委員等22人，提案修正菸害防制法第29條草案，立法院通過一讀交付委員會審查。
2013年04月02日	菸害防制法第4條修正草案，送立法院優先審議。
2013年04月09日	羅淑蕾委員等22人，提案修正菸害防制法第13條、第23條、第28條、第29條草案，立法院通過一讀交付委員會審查。
2013年04月12日	何欣純、陳亭妃、鄭麗君委員等18人，提案修正菸害防制法第5條草案，立法院通過一讀交付委員會審查。
2013年04月16日	召開「菸害防制法」第4條修正案簡報及研商會議。
2013年04月19日	召開「菸害防制座談會議」
2013年04月19日	菸害防制法第4條、第35條修正草案，送立法院優先審議。
2013年05月01日	行政院召開審查「菸酒稅法」第7條修正草案會議，當日於薛政委事先召開會前會。
2013年05月03日	行政院召開審查「菸害防制法」第4條、第35條修正草案會議。
2013年05月09日	行政院院會通過菸害防制法第4條、第35條修正草案，將菸害防制法第4條第1項所定，菸品健康福利捐金額，提高為每千支（公斤）新臺幣二千元，另併同修正第35條第3項。
2013年05月17日	立法院通過「菸害防制法第4條、第35條修正草案」一讀，將送社會福利及環境衛生委員會暨財政委員會召開全體委員聯席會議辦理審查。
2013年05月17日	召開「菸捐成效與未來規劃會議」
2013年05月31日	陳歐珀、邱志偉委員等19人，提案修正菸害防制法第4條、第6條草案，立法院通過一讀交付委員會審查。



日期	內容
2013年05月31日	許添財、邱志偉委員等19人，提案修正菸害防制法第4條草案，立法院通過一讀交付委員會審查。
2013年05月31日	楊躍、陳歐珀委員等19人，提案修正菸害防制法第4條、第6條草案，立法院通過一讀交付委員會審查。
2013年05月31日	召開研商「菸害防制法第16條第1項第2款『其他供公眾休閒、娛樂之室外場所』因應措施事宜」會議。
2013年06月18日	預告修正「菸品尼古丁焦油含量檢測及容器標示辦法」第12條、第13條、第2條附圖條文，更新8則菸盒警圖8則，於6月19日至6月25日刊登公報。
2013年06月21日	召開「菸品健康福利捐修法進度會議」
2013年08月20日	修正發布「菸品尼古丁焦油含量檢測及容器標示辦法」第12條、第13條、第2條附圖，更新菸盒警圖8則，自103年6月1日施行。
2013年09月16日	李俊侶委員等18人提案，修正菸害防制法第29條草案，立法院通過一讀交付委員會審查。
2013年10月04日	賴士葆、蘇清泉、丁守中委員等29人，提案修正菸害防制法第13條、第29條草案，立法院通過一讀交付委員會審查。
2013年11月06日	預告公告「國家公園、國家自然公園、風景特定區、森林遊樂區及自然教育園區之部分場所與公園綠地為除吸菸區外，不得吸菸；未設吸菸區，全面禁止吸菸之場所」，並擬自103年4月1日生效。
2013年11月29日	江惠貞委員等20人，提案修正菸害防制法第3條草案，立法院通過一讀交付委員會審查。
2013年12月11日	李桐豪委員等27人，提案修正菸害防制法第3條草案，立法院通過一讀交付委員會審查。
2013年12月24日	召開「衛生福利部菸害防制策進會」第102年委員會議。

# TAIWAN TOBACCO CONTROL ANNUAL REPORT 2014

103 年 | 臺灣菸害防制年報 |



刊 名 臺灣菸害防制年報  
出版機關 衛生福利部國民健康署  
地 址 臺北市塔城街 36 號  
網 址 <http://www.hpa.gov.tw/>  
電 話 (02) 2522-0888  
傳 真 (02) 2522-0621  
編 著 者 衛生福利部國民健康署  
出版年月 中華民國 103 年 12 月  
創刊年月 中華民國 92 年 2 月  
刊期頻率 年刊

本書同時登載於國民健康署網站，網址為 <http://tobacco.hpa.gov.tw/>

設計印刷 種子發多元化廣告有限公司  
地 址 臺北市信義區基隆路二段 189 號 9 樓之 9  
電 話 (02) 2377-3689  
定 價 新臺幣 200 元整

## 展售處

臺北 國家書店  
地址 10485 臺北市松江路 209 號 1 樓  
電話 (02) 2518-0207  
臺中 五南文化廣場  
地址 40042 臺中市區中山路 6 號  
電話 (04) 2226-0330

GPN 2009601376

ISSN 1994711-9

著作財產權人：衛生福利部國民健康署