

2016 TAIWAN TOBACCO CONTROL ANNUAL REPORT

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：180

2016 TAIWAN TOBACCO CONTROL ANNUAL REPORT

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：180

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	011
無菸校園	011
無菸軍隊	016
無菸社區	019
無菸職場	020
無菸醫院	022
無菸公園綠地	027
菸盒警示圖文	031

宣導與培訓	034
菸害防制宣導與成效	034
縣市菸害防制宣導	034
菸害防制法檢舉與申訴專線	035
菸害防制法執法人員訓練	036
縣市菸害防制工作考評	036
縣市菸害防制交流工作坊	037
禁止菸品廣告、促銷及贊助	039
稽查取締違規菸品廣告或促銷	039
菸害防制法稽查處分	040
戒菸服務	046
多元戒菸服務網絡	046
二代戒菸服務	046
戒菸治療服務人員訓練	054
戒菸專線服務	063
戒菸班	066
Quit & Win 戒菸就贏活動 追蹤調查結果	067



價格措施 068

菸品健康福利捐評估 068

推動菸捐調漲修法之必要性 068

推動菸捐調漲之具體作法 070

2 減少菸品供應 075

菸害防制法執法成效評價 076

22 縣市實地考評 076

防制菸品非法貿易 081

3 研究、監測與國際交流 083

研究、監測 084

國人吸菸行為調查 084

青少年學生吸菸行為調查 092

菸品訊息監測 102

菸品消耗量監測 105

電子煙防制監測及管理 108

菸品成分管制與規定 111

菸品檢測暨研究發展 111

菸品資料申報 112

國際交流 113

菸害防制政策研究之國際合作 113

參與世界衛生組織菸草控制
框架公約 115

菸害防制國際研討會議 116

4 結語 118

5 附錄 119

菸害防制法 119

國內外菸害防制相關網站 124

菸害防制法修法大事紀 124

署長序

► 呼應 WHO 2025 年吸菸率減少 30% 目標

● 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，二手菸、三手菸亦會危及周遭人及民眾的健康。菸害在臺灣每年造成至少 2 萬人死亡，對個人、家庭與社會傷害至鉅。菸害防制法新規定自 2009 年 1 月 11 日實施迄今已滿 7 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 2015 年的 17.1%，推估 7 年來吸菸人口約減少 76 萬人。

● 無菸支持環境

吸菸及二手菸不只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。菸害防制除了要降低民眾吸菸率，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眾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，禁菸公共場所二手菸暴露率已自 2008 年 23.7% 明顯下降至 2015 年的 7.7%；室內公共場所二手菸暴露率也由 2008 年 27.8% 大幅下降至 2015 年的 6.4%，維持高達九成以上之無菸環境保護率，更致力於從根本做起，改變民眾對菸品的觀念，營造學校、軍隊社區與職場等各種場域的無菸環境，讓民眾能免於二手菸害威脅，維護你我的健康。

為讓民眾享有健康無二手菸的優質休閒旅遊環境，自 2014 年 4 月 1 日實施「國家公園、國家自然公園、風景特定區及森林遊樂區之指定區域與公園地，除吸菸區外，不得吸菸」，合計 47 處共 174 景點及 3790 個公園綠地，讓吸菸者與非吸菸者有效區隔，互相尊重。法規上路後，調查顯示高達 96% 贊成該項措施，符合多數國人之期待，讓多數國內外民眾到國家公園、遊樂區休閒旅遊，都可呼吸新鮮空氣與吸收芬多精，舒緩身心，提升休閒觀光品質，也為自己健康加分！

● 延伸無菸校園環境，保護青少年不受二手菸害

2015 年國中學生吸菸率由 2008 年的 7.8% 降至 2015 年的 3.5%；高中職學生吸菸率由 2007 年的 14.8% 降至 2015 年的 10.4%，獲得控制。菸害防制法已規範高級中等學校以下學校，及大多數室內公共場所全面禁止吸菸，惟未將校門口、人行道等戶外區域納入禁菸場所規範，因此，若有人於學校周邊人行道吸菸時，菸煙極易飄進校園內，危害師生健康，且師生、家長及民眾在行經學校周邊時，也會遭受二手菸害。依據國民健康署 2015 年青少年吸菸行為調查發現，



有近 7 成國高中職生贊成校園外公共場所禁菸，例如遊樂場、人行道、各建築的出入口、公園或海灘等。而近年部份縣市政府為保護兒童青少年健康，自 2012 年起結合教育局、學校、相關局處及社區資源，推動校園周邊無菸人行道，截至 2015 年 12 月止已有 16 縣市公告學校周邊含人行道、校門口、家長接送區禁菸之場所數達 744 處。

● 推動多元化戒菸服務與宣導

在戒菸服務方面，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。特別是二代戒菸實施至 2015 年已服務 35 萬 6,529 人，6 個月點戒菸成功率為 27.5%，成功幫助超過 9.8 萬人戒菸。短期節省預估超過 5.3 億元的健保醫療費用支出，長期約可創造超過 411 億元的社會經濟效益。

戒菸專線方面，2015 年戒菸專線共服務 1 萬 3,851 人，6 個月點戒菸成功率達 40.8%；戒菸班共計辦理 457 場，服務 5,756 人；菸害防制相關宣導教育活動計辦理 8,124 場次；參加初、進階戒菸衛教訓練合格人數共 1 萬 2,830 人，且有超過 3,000 家醫事機構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 2 成。

● WHO 呼籲 2025 年減少 30% 吸菸率

我國為呼應 WHO 對非傳染病（NCD）防治之工作設定至 2025 年減少 30% 吸菸率之目標，已訂定 18 歲以上成人吸菸率由 2010 年的 20% 降至 2025 年的 14%。2016 年的菸害防制年報，以「世界衛生組織菸草控制綱要公約」之「推動各項菸害防制策略」、「減少菸品需求措施」、及「研究、監測與國際交流」架構呈現臺灣努力推動菸害防制工作的軌跡，與國內外菸害防制工作的夥伴回顧過去、展望未來。

國民健康署署長

2016 年



前言

▶ 臺灣菸害防制表現耀眼國際

● 推動菸害防制成效卓越，與歐洲比較列第三名

菸害在臺灣每年造成至少 2 萬人死亡，對個人、家庭與社會傷害至鉅。自 2009 年菸害防制法新規定實施以來，已減少了 76 萬吸菸人口，成年人吸菸率由 2008 年 21.9% 降至 2015 年的 17.1%，青少年吸菸率亦從上升轉為下降，如國中學生吸菸率從上路前 7.8% 降至 2015 年的 3.5%，高中職學生吸菸率從 14.8% 降至 2015 年的 10.4%。

我國菸害防制推動之成效，在世界衛生組織（WHO）所推薦的 MPOWER 策略中，有四項均被評為最高等級，分別為菸害的監測（Monitoring）、無菸環境（Protecting）、戒菸服務（Offering cessation help）、禁止菸品廣告（Enforcing ban）；顯示政府在菸害的監測與政策、執行無菸公共場所法令、二代戒菸服務及禁止菸品廣告促銷贊助等菸害防制策略上均已達 WHO 所訂定之最高標準。

歐洲重量級菸害防制學者 Mr. Luk Joossens 亦透過歐盟評分卡為我國菸害防制現況評分，於滿分 100 分中評為 69 分，與 34 個歐洲國家比較水準等級可列入前三名，僅次於英國和愛爾蘭。目前僅有菸盒警示圖文（Warning label）面積大小和菸價調漲（Raising tax）二項，臺灣仍待努力有進步空間。

● 多管齊下菸害防制策略 縮小健康不平等

多管齊下的菸害防制策略是有效的，且又以對弱勢族群的保護效果較好，像是課徵菸捐與提供免費戒菸，都對弱勢者有利。未來將推動戒檳與戒菸整合式衛教、營造無菸環境、推動修法以提高菸捐，加大警示圖文面積，並呼籲民眾善用二代戒菸服務與免費戒菸專線 0800-636363，以持續縮小菸害的階級不平等現象。

為提升戒菸服務可近性，國民健康署於 2012 年 3 月 1 日推出「二代戒菸」，由門診、住院、急診及藥局提供戒菸服務，戒菸藥品比照健保收費，每次最多繳交 200 元的藥品部分負擔，大幅降低戒菸者的經濟負擔，幫助吸菸者更容易戒菸。二代戒菸實施後已服務 35 萬 6,529 人，



6 個月點戒菸率近 3 成，成功幫助超過 9.8 萬人戒菸，2015 年合約醫事機構數達 3,400 家且合約醫事人員數達 9,160 人，並結合戒菸衛教師，提供專業的支持，包括不適合用藥者及孕婦、青少年皆可受惠，戒菸者整體滿意度達 9 成以上。

自 2014 年 4 月 1 日起禁菸場所亦逐年擴大範圍，實施國家公園指定區域及公園綠地等，除吸菸區外不得吸菸，並透過各級衛生行政機關積極輔導與稽查，因此，禁菸公共場所二手菸暴露率自 2008 年 23.7% 下降至 2015 年的 7.7%，禁菸公共場所二手菸保護率達 92.3%。

我國自 2009 年開始依法於菸盒放置 6 則菸盒警示圖文，經調查發現，當初此舉讓人想戒菸的比率約增 5%，在孩童面前避免吸菸的比率也從 58% 增至 73%，確實已達到警示效果；然而，現行採用之警圖已實施多年，經委託研究發現吸菸者對這些圖文敏感度逐漸降低，因此於 2013 年 8 月 20 日公告 8 則新版健康警示圖文，強化警示效果，並於 2014 年 6 月 1 日正式實施及重申菸害防制法對於警示圖文的相關規定讓菸品製造業者使用與瞭解。

● 無菸醫院成績獨步全球 從環境到個人的無菸害行動

為提升醫療機構在菸害防制及戒菸服務的效能，國民健康署致力推動臺灣於 2011 年加入「全球無菸健康照護服務網絡 (ENSH-Global Network for Tobacco Free Health care Services)」，該網絡於 1999 年成立，迄今已有 22 個國家（包含 22 個會員與 16 個副會員）加入，至今我國網絡已有 198 家醫院，為全球第一大規模。另，全球僅 27 家醫院獲得該網絡之國際金獎認證，我國已有 11 家醫院榮獲該殊榮，是所有網絡中得獎醫院家數最多的國家，成績獨步全球。由於推廣無菸醫院認證，使醫院在落實無菸醫院政策及提供戒菸服務方面，能實質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。

● 營造無菸臺灣 邁向無菸世代

我國為呼應 WHO NCD 2025 年減少 30% 吸菸率之目標，未來，國民健康署將吸取其他國家推動經驗並持續凝聚國人共識，推動全方位菸害防制政策，例如：逐步擴大禁菸場所範圍、實施新版菸品健康警示圖文並檢討合適的面積、嚴禁菸品廣告、推動二代戒菸全面多元服務等，並積極採取多管齊下的菸害防制策略，以維護國人健康，營造無菸臺灣、邁向無菸世代。

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眾吸菸率，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眾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，更致力於從根本作起，改造民眾對於菸品的觀念，營造學校、軍隊、社區與職場等各種場域的無菸環境，讓民眾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 7 年，透過擴大禁菸環境、嚴格禁止菸品廣告管理與教育宣導，對於民眾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，業已成為國人關切的重點。

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公車專用道、候車亭、校園週邊通學步道等，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



● 臺北市兒童新樂園大門前廣場禁菸



● 嘉義縣嘉油禁菸鐵馬道

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，讓民眾能免於二手菸危害。

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，提高民眾對菸品危害的認知以落實無菸環境。



● 福源山步道淨山日暨無菸拒檯掃街活動



● 文化環保清潔日暨無菸拒檯掃街活動



● 6月3日禁菸日 臺中市禁菸酒檯毒防制踩街



● 基隆市暖暖區 531 世界無菸日踩街遊行宣導活動



● 降低健康不平等

研究顯示，不同地區、職業存在有健康不平等的現象，而弱勢群體常有吸菸、飲酒、嚼檳榔等導致慢性疾病發生和死亡的重大風險行為，因此防制菸酒檳榔的危害、改變弱勢族群危害健康的行為，是減少族群健康不平等的重要介入措施。

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。

● 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



● 宜蘭縣「藝穗節」羅東踩街活動宣導菸害防制



● 臺中市菸害防制宣導活動



● 新北市國中菸害衛教宣導

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。

與教育部合作推動國中、高中職校園菸害防制

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案，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，2015年共抽查120所學校，實地輔導學校加強辦理菸害防制工作。



● 2015年全國績優青少年場域戒菸教育選拔：領航獎—汐止國中



● 2015年全國績優青少年場域戒菸教育選拔：創意獎—岡山農工



國中、高中職校園戒菸教育種籽教師訓練

依據《學校衛生法》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。而根據菸害防制法授權訂定之「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。



● 校園戒菸教育種籽師資—成果觀摩會



● 校園戒菸教育種籽師資訓練研習會

根據 2015 年「青少年吸菸行為調查」，高中職學生吸菸率為 10.4%（男性 15.6%，女性 4.7%），與 2014 年吸菸率 11.5%（男性 16.6%，女性 6.1%）比較，顯示高中職學生吸菸率已有降低；而國中學生吸菸率為 3.5%（男性 4.9%，女性 2.0%），相對於 2014 年吸菸率 5.0%（男性 6.4%，女性 3.5%）亦略有下降。

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，2015 年計培訓 279 名青少年戒菸教育種籽師資，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。

未來，將持續與教育部密切合作，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 2015 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。

大專院校校園菸害防制

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 2014 年「大專校院學生吸菸行為調查」顯示，6.8% 大專學生為目前吸菸者，而校園二手菸暴露率則高達 48.5%，顯示大專院校校園菸害防制有待加強。因此積極辦理「年輕族群場域菸害防制工作計畫」，希望在尊重大專校院自主性的原則下，鼓勵學校主動加強菸害防制工作，建立大學生防制菸害知能，自主營造健康無菸校園文化。藉由菸害防制研習訓練，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 2015 年已完成 75 所無菸大專校院。

2015 年透過補助辦理及輔導訪視等方式，共有 31 所學校參與，鼓勵年輕族群場域的大專校院執行菸害防制計畫及結合鄰近社區資源，擴大倡議範圍，提升師生對菸害防制知識與技能，培育菸害防制種子團隊，激發師生自發性加入反菸、拒菸行列，提供戒菸服務轉介資訊，以建立校園菸害防制永續經營。

另亦邀請專家委員會同縣市衛生局人員，至各校進行輔導訪視，執行成果包括：

1. 校園菸害公共策略：多數學校已明訂吸菸罰則，透過校內高層領導，成立菸害防制委員會，制定菸害相關公共政策，努力擴展無菸校園風氣。
2. 創造支持性環境：各校在校園標語設置和海報宣導等基礎設置已能有效掌握外，例如校園內的電子看板、跑馬燈可以有效運用；因此，31 校中有 17 校為無菸大學，校園支持性環境的建置良好。
3. 多元化創意行銷：各校進行反菸活動成果多元且豐富，多數已能發揮各種創意進行宣導，善用各類型媒體傳播，依據學校特色自製宣導短片，多數學校舉行校園簽署拒菸活動，以各種深具創意、深入人心的方式，凸顯校園菸害防制的重要性，效果顯而易見。
4. 強化社區行動：各校與社區結合辦理活動相當多元，如推動無菸商圈、無菸房東，邀請商家及房東座談並簽署協定，請附近學生聚集商家共同加入無菸商家聯盟，於附近商圈發送禁菸貼紙，深入鄰近國中小辦理菸害相關活動，結合社區醫療院所、衛生局所提供各項服務等，活動多元且豐富。



5. 發展個人健康技能：各校為推廣菸害防制，辦理相關講座，利用各種衛教資源進行宣導，用心可見一斑。如：台北商業大學特創「北商戒菸家族」，透過同儕力量，以包圍關懷的方式，來確實追蹤、鼓勵勸導，進而提高戒菸士氣。
6. 重新定位健康服務：多數學校已能藉由問卷、施行 CO 檢測和新生健檢等途徑，建立吸菸學生名單，部分學校並能結合衛生局所、醫療院所作進行戒菸輔導。

依據訪視成果及各校成效報告進行績優學校遴選，經專家學者評定計大仁科技大學、中臺科技大學、元培醫事科技大學、中國醫藥大學、正修科技大學、東海大學、經國管理暨健康學院及國立臺灣科技大學等 8 所獲績優場域學校。其中大仁科技大學將菸害議題融入課程教材中，設計檢舉通報單積極取締，擴展禁菸區至校外無菸人行道；中臺科技大學結合校內醫護專業科系與社團，運用媒體工具，將菸害防制融入創意宣導短片製作，並於校園及附近社區播放；元培醫事科技大學創校 50 年堅守著無菸校園之政策，結合教師將菸害防制宣導納入 6 個課程，融入教案；另外中國醫藥大學成熟的無菸校園氛圍佳，學校經常辦理貼近學生生活的多元創意戒菸活動（如：拍立得活動、快閃活動），校內並推動「戒菸 1+1，健康大於 1」活動，利用同儕力量，吸引隱性吸菸族群，強化戒菸意願。另於 2015 年 12 月 9 日辦理「校園菸害防制績優表揚暨成果觀摩會」，進行績優表揚、亮點分享與成果海報展示，同時邀請全國大專校院、縣市衛生局所共同參與，與會人員共計 160 人，包括 93 所學校、12 縣市衛生局代表參會。

2015 年「落實校園菸害防制方案」成果：

項次	成果
1	新生吸菸人口共 2,893 人，吸菸率平均為 6.0% (10 所大學新生吸菸率為 4.8%；21 所技職校院新生吸菸率為 6.6%。)
2	從 69 個吸菸區減為 47 個
3	辦理講座為 136 場、拍攝宣導短片數 51 部、共同辦理學生社團數為 102 個
4	共結合 103 所醫療院所及 55 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，實施 CO 檢測人數為 25,777 人。
5	戒菸成果： (1) 辦理戒菸班數共 36 班，參與戒菸班人數共 1,062 人；成功戒菸人數為 75 人，成功戒菸率為 9.3%。 (2) 提供轉介服務人數為 880 人，成功轉介人數 181 人；提供戒菸服務宣傳單張使用人次達 31,403 人。



● 2015 年年輕族群場域菸害防制工作計畫期末成果觀摩



● 2015 年年輕族群場域菸害防制工作計畫期末成果展示



● 2015 年年輕族群場域菸害防制工作中工作分享會



● 2015 年校園菸害防制績優表揚

● 無菸軍隊

依據 2015 年「成人吸菸行為電話調查」結果，男性吸菸率為 29.9%，其中 18-29 歲男性吸菸率為 22.4%，此一階段正值我國男性入伍服役之年齡，以男性為多數的軍隊，是先進國家努力推動菸害防制的重要場域之一，本署與國防部自 2003 年起合作推動「國軍菸害暨檳榔防制整合型計畫」，透過政策與環境、衛教與宣導、戒治與服務以及監測與研究四大構面，全面啟動菸害暨檳榔防制工作，不僅對軍中具有直接積極正面的影響，其效益更將擴及全民，對我國健康促進工作有其跨時代的正面意義。

「國軍菸害暨檳榔防制整合型計畫」以改善官兵生活環境及身心健康為目標，針對自願服役官兵、新訓中心服役官兵以及軍事院校學生實施各項菸害暨檳榔防制教育宣導，加強防制觀念，使其自發性產生拒菸、拒檳之信念。並積極輔導高階軍官戒菸，以達上行下效之用；另藉由監測調查與研究計畫，針對各單位防制工作進行監測與評量，作為研修政策及規劃未來工作之參考。



重要工作成果分述如下：

政策與環境：

落實菸害防制法規定，頒布「國防部博愛營區戶外定點吸菸管理作業規定」，建立戶外定點吸菸自主管理制度，營造健康舒適環境；另積極輔導國軍所屬醫院參與無菸醫院認證計畫，2013 至 2015 年度期間，共 7 家國軍醫院獲得金獎、5 家銀獎；並逐步裁撤營區內吸菸區，2015 年計裁減 57 個吸菸區（較 2014 年減少 4.89%）。並嚴格執行彈藥庫等易燃易爆場所全面禁菸，保護不吸菸軍官之安全、健康權益。

衛教與宣導：

為營造國軍無菸環境氛圍，2014 年度特規劃辦理「國軍戒菸就贏比賽」，主打跟菸癮玩「持久戰」以達「健康軍隊」之目標！2015 年再度規劃新式戒菸就贏比賽活動辦法，運用更豐富的獎項及多元化競賽組別，期許官兵繼續參賽，逐年降低吸菸率。此次活動較以往特別之處是採兩種競賽組別實施（戒菸 1-3 個月組及戒菸 13-15 個月組），鼓勵官兵持久戒菸。

2015 年度競賽成果，總共有 1,281 位吸菸軍官參加，其中計 498 組參賽者於活動期間內挑戰戒菸成功參加抽獎。



● 2015 年國軍「戒菸就贏」抽獎典禮



● 2015 年國軍高雄總醫院世界無菸日誓師大會



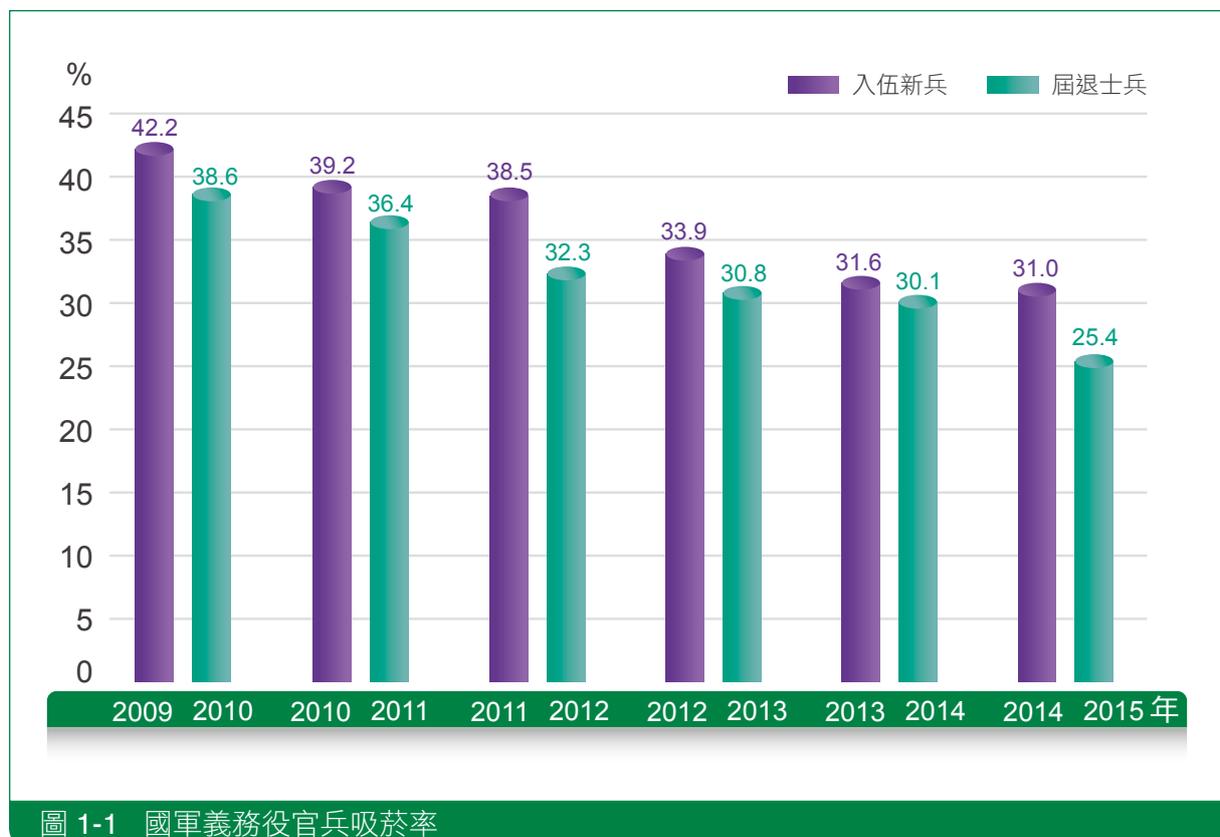
● 2015 年國軍菸檳防制輔導員訓練馬祖場紀實

戒治與服務：

以建構戒菸家族為主軸，由戒菸輔導員為基礎往上延伸至戒菸醫師成立戒菸家族，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；2015年計辦理7場次戒菸暨戒檳輔導員講習，共培訓535位輔導員；辦理2場次戒菸醫師訓練課程，計培訓155位戒菸醫師。

監測與研究：

自2007年起建置軍事院校學生與新訓中心吸菸行為調查平台，針對義務役及志願役吸菸行為進行常態性調查，義務役及軍事院校學生以「國軍官兵健康調查表」進行問卷調查，志願役官兵利用國軍人員健康資訊管理系統之「健康行為」自填式電子問卷進行分析。依據2013至2014年度義務役士兵吸菸率調查顯示，2013年入伍新兵吸菸率為31.6%，渠至退伍時（2014年）吸菸率降為30.1%、2014年入伍新兵吸菸率為31.0%，退伍期間已降至25.4%（2015年）。





● 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，2015 年共補助 19 縣市、150 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 5,946 家次商店宣導拒售菸品給未成年者；辦理 167 場菸酒檳防制踩街或遊行，倡議菸酒危害相關議題；以「我家不吸菸」之宣導主軸共計辦理 3,335 場次衛教宣導活動，推動「無菸家庭」之簽署，讓無菸概念向下扎根。明確掌握社區資源及民眾健康狀況，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。



● 臺中市烏日區九德社區發展協會菸害防制宣導



● 2015 年基隆市信義區辦理戒除菸癮翻轉人生創意宣導

具特色及創意的社區推廣經驗：馬偕紀念醫院淡水分院辦理戒菸週活動（2015 年 6 月 1 日至 6 月 6 日）並進行「行動戒菸車」啟用活動，號召門診病人及家屬與社區民眾共同加入拒菸活動，合計 117 人參與戒菸活動及 66 人參與戒菸諮詢，337 人完成無菸家庭簽署；桃新醫院辦理「反菸酒拒檳創意健走」踩街繞境 1 場，結合地方廟會活動，以活潑生動熱鬧踩街，並舉辦健康促進趣味問答，成功吸引民眾目光，達到寓教於樂效果，另辦理 14 場無菸家庭簽署合計達 786 人，讓健康家庭從我做起：戒菸「肺」健康的觀念深植民眾及家庭；臺中市潭子社區健康營造推廣協會結合東寶社區、潭子區公所、潭秀國中及其他社區團體，辦理菸酒離身創意變裝趴活動 1 場，發揮想像力及創意搞怪造型，營造無菸無檳戒酒新生活環境，同時辦理 8 場無菸家庭簽署 260 人，結合轄區國中小教職員生一起宣誓拒絕菸酒檳，志工亦積極至學校周邊店家宣傳不要賣菸予未滿 18 歲青少年，合計 3,155 人參與。



● 基隆市仁愛區無菸廟宇



● 基隆市百福國中校長師生及無菸廟宇三太子團隊共同參與無菸社區踩街活動

● 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 ~ 2015 年共計 14,287 家職場通過健康職場自主認證（圖 1-2），2015 年更結合專業輔導團隊，實地到場輔導 166 家職場，積極推動健康啟動及健康促進標章認證，通過認證的職場更是達到 1,848 家。另 2015 年更新健康職場資訊網，使網頁更加友善，並提供最新訊息及各式拒菸、戒菸宣導品免費下載。此外，2015 年辦理績優職場評選，共計遴選出 31 家績優職場及 4 位優良推動人員。

為瞭解菸害防制法新規定實施後推動無菸職場的成效，2015 年針對臺灣地區 18 歲（含）以上專職工作之民眾，進行全國職場健康工作環境現況調查發現，工作人口吸菸率為 15.4%（較 2014 年上升 1.2%），其中男性為 27.7%，女性為 3.0%；室內工作場所完全禁菸率為 81.7%（較 2014 年下降 1.4%）；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。

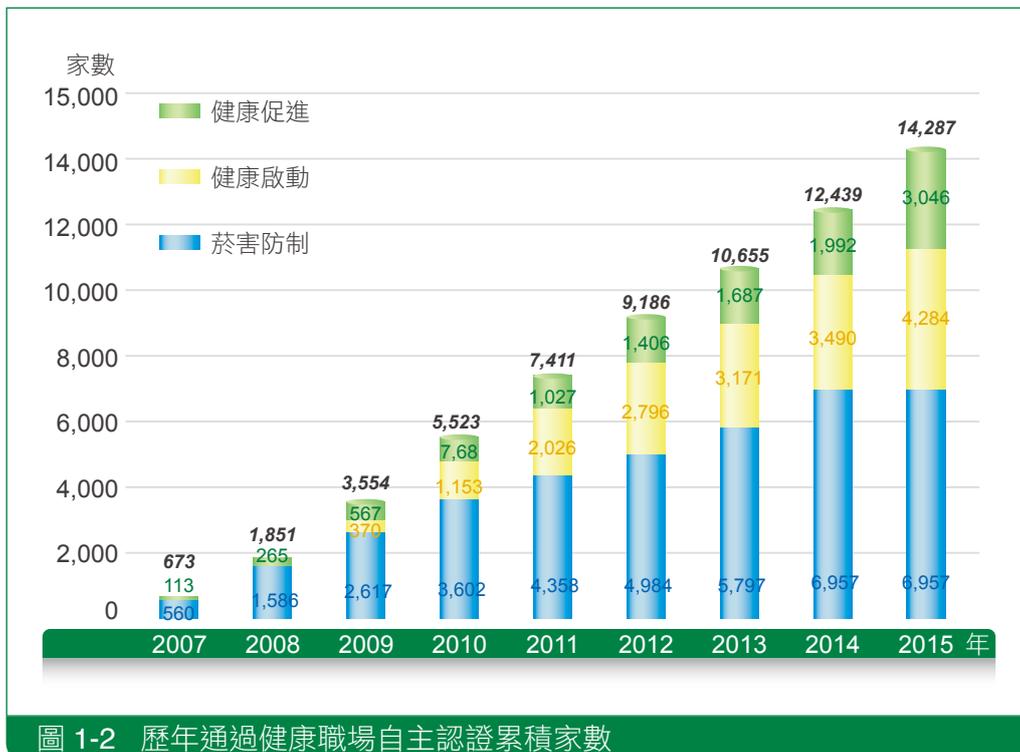


圖 1-2 歷年通過健康職場自主認證累積家數

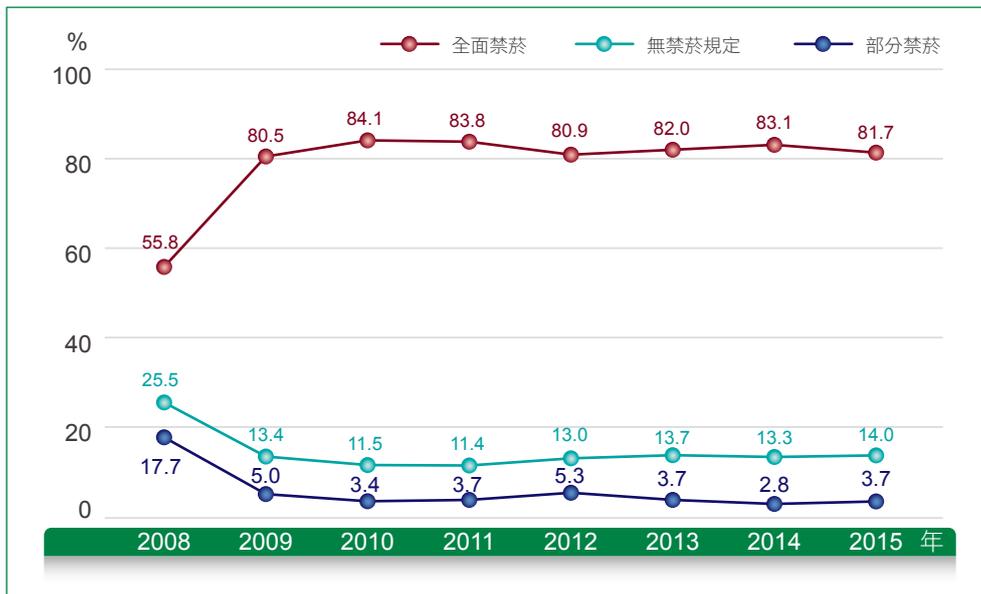


圖 1-3 歷年職場禁菸政策變化趨勢

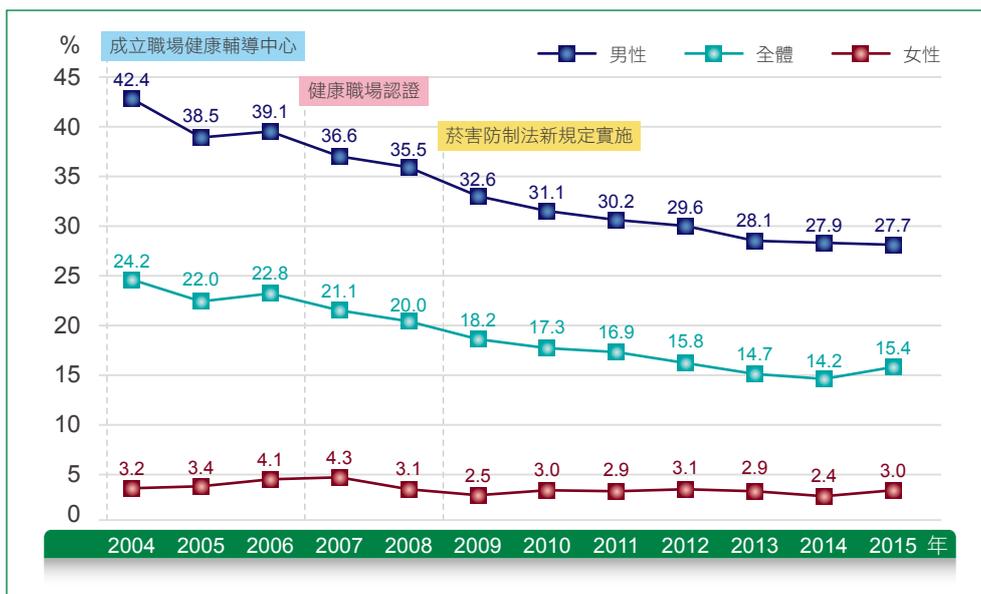


圖 1-4 歷年職場吸菸率改變趨勢

● 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，迄今全球共有已有 22 個國家 (包含 22 個會員與 16 個副會員) 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 2015 年已有 198 家醫院加入。



多數國醫療體系有追求卓越的次文化，對健康促進與疾病預防接受度高，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八大標準（管理與承諾、溝通、教育及訓練、吸菸辨識 / 診斷與戒菸支持、無菸環境、健康職場、社區參與、監測和評估），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，打造從環境到個人的無菸害行動。

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八大標準

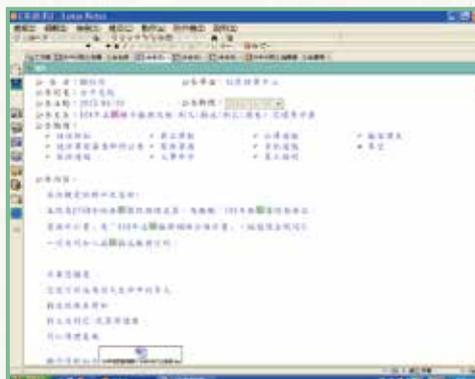
標準 1 管理與承諾

明確且堅定地領導健康照護機構有系統地實施無菸政策



標準 2 溝通

健康照護機構有全面性的溝通策略，以支持醫院無菸政策與戒菸服務的知曉度及落實



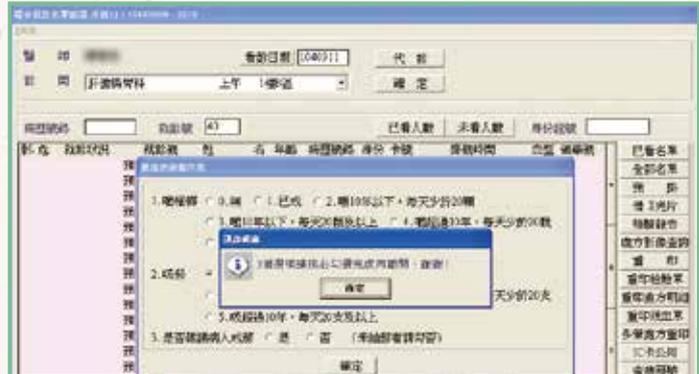
標準 3 教育及訓練

健康照護機構確保對臨床及非臨床人員皆有合適的教育及訓練



標準 4 吸菸辨識 / 診斷與戒菸支持

機構能辨識所有來院的吸菸者，提供符合國際最佳實證與國家標準之適當照護



標準 5 無菸環境

機構有策略以達成無菸院區





標準 6 健康職場

有人力資源管理政策與支持系統，以保護和增進所有在機構工作人員的健康

標準 7 社區參與

根據 WHO FCTC 及 / 或國內公共衛生策略，在社區辦理及推廣菸害防制活動



標準 8 監測和評估

健康照護機構定期監測與評估所有 ENSH-Global 標準執行

	2012	2013	2014	2015
3個月點戒菸(%)	38	39	38	36
6個月點戒菸(%)	32	32	32	36
12個月點戒菸(%)	29	28	20	

無菸醫院國際金獎認證，全球共 27 家，臺灣 11 家，為全球獲獎醫院最多之國家

全球無菸健康照護服務網絡（ENSH-Global Network for Tobacco Free Health Care Services）為提供國際分享與學習之管道，推廣無菸醫院概念，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。全球網絡於 2009 年起推動國際金獎認證，全球已有 27 家醫院獲得認證肯定，我國於 2012 年起推薦無菸醫院參加國際金獎認證，至今已有 11 家醫院榮獲國際金獎殊榮，是所有網絡中得獎醫院家數最多的國家。

結合二代戒菸，成效更卓越

衛生福利部國民健康署 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標準，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，即會詢問每一位病人是否吸菸，並積極勸告病人戒菸。我國執行戒菸服務的醫院占總醫院數之 70.5%，其中通過無菸醫院認證者占 56.1%，非無菸醫院占 43.9%。依 2015 年戒菸治療服務資料顯示，無菸醫院戒菸服務人數（48,150 人）為非無菸醫院（2,937 人）的 16 倍，6 個月點戒菸成功率 29% 高於非無菸醫院 26%（亦高於國外戒菸成功率約 2 成），預估戒菸成功人數（13,964 人）為非無菸醫院（764 人）的 18 倍；尤其是無菸醫院整合戒菸資源，以團隊出擊模式主動詢問關懷並提供吸菸住院病患戒菸諮詢，讓住院戒菸服務人數（13,079 人）為非無菸醫院（224 人）的 58 倍。另，無菸醫院在二代戒菸開辦後 3 年半間，較開辦前 3 年半間之服務人數成長高達 285.3%，遠比非無菸醫院 72.5% 成長還迅速。而民眾對無菸醫院及非無菸醫院的戒菸服務滿意度分別為 8.16 及 7.96，滿意度成長分別為 0.64 及 0.52，達顯著差異，顯示無菸醫院在二代戒菸政策的輔



● 臺灣加入「全球無菸醫院網絡」



助下，能提供具效益及實證之戒菸服務，服務更多民眾成功戒菸，協助民眾掙脫菸癮桎梏，提高民眾滿意度。因此，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。



● 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

● 無菸公園綠地

擴大無菸環境，保護國人健康

二手菸是被動或非自願吸入的環境菸煙，不但被世界衛生組織附屬之國際癌症研究署（IARC）歸類為一級致癌物質，更可怕的是也會引發心臟病發作與中風。二手菸暴露對孩童之影響會造成或加重呼吸道疾病（中耳炎、氣喘、支氣管炎和肺氣腫），且與白血病、淋巴瘤、大腦與中樞神經系統病變、肝母細胞瘤等癌症有關。根據美國疾病管制局資料指出，長期的二手菸暴露，將提升 30%-65% 心血管疾病與中風死亡之風險，得到肺癌的機會也比一般民眾高出 20%-30%。而民眾到公園或國家公園休憩活動目的，無非就是為了休閒與健康，呼吸新鮮空氣，不希望受到二手菸危害，依交通部觀光局所公布之「2012 年國內主要觀光遊憩據點遊客人數月別統計」，國內著名景點每到假日遊憩人數，平均約超過 1 萬多次。顯見臺灣地狹人稠，遊憩空間有限，致每逢假日觀光景點人潮擁擠，若未有效管制二手菸害，將嚴重影響國人健康及整體遊憩品質，政府確有擴大無菸環境，以保護國人健康之必要。國民健康署於 2014 年 4 月 1 日公告「國家公園、國家自然公園、風景特定區及森林遊樂區場所之指定區域與公園綠地，為除吸菸區外，不得吸菸。」是全球第二個實施公園綠地禁菸的國家。

鑑於菸害防制法（以下稱本法）難以一一全面列舉禁菸之公共場所及交通工具，本法第 16 條第 1 項規定：「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：... 二、室外體育場、游泳池或其他供公眾休閒娛樂之室外場所。... 四、其他經各級主管機關指定公告之場所及交通工具。」，故主管機關得就法有明定之「其他供公眾休閒娛樂之室外場所」，考量休閒娛樂之事實與比例原則（例如場所通風特性、進出人數及滯留時間等相關因素），依本法第 16 條第 1 項第 4 款之規定，以公告之方式明定休閒娛樂等公共場所之禁菸範圍，以保障民眾健康，並提昇國人與遊客之休閒娛樂品質。

本公告是由各國家公園主管單位指定「遊客較多之區塊」，以及各縣市政府指定供民眾休閒之公園、綠地，納入公告之禁菸範圍，在這些指定範圍內，除吸菸區外，不得吸菸，違者可處 2 千元以上 1 萬元以下罰鍰。目前國內國家公園、國家自然公園、風景特定區及森林遊樂區場所之指定區域與公園綠地，共設置禁菸區域計國家公園 47 處 174 景點及公園綠地 3790 處。

公告周延兼顧法規可行性與程序完備性

為求慎重及周延，衛生福利部於 2013 年 11 月 6 日預告前，先於 2013 年 5 月 31 日由本署邀集內政部、交通部、行政院農業委員會、各縣市衛生局及專家學者，共同召開研商會議，依會議之專家建議，按菸害防制法第 16 條第 1 項第 4 款規定公告，明訂生效日期，以明確發生法律效力。

又為衡量公權力之行使應符合比例原則及執法可行性，本署於 2013 年 7 月 9 日函請相關單位，洽商本法之地方主管機關，依出入之對象及人數之多寡、停留時間長短、空間之密閉性等，基於確保非吸菸者免於二手菸危害之立法目的，提供具體之遊憩景點。由此可見，2013 年 11 月 6 日預告公告之禁菸範圍，皆經過內政部、交通部、行政院農業委員會、各縣市政府等各主管機關評估回復後，審慎研議之結果，周詳而嚴謹。

依程序公告後，為執行公告指定之禁菸場所，請各縣市衛生局會同相關機關於禁菸範圍妥為設置禁菸標示，並選擇於適當場所（非民眾必經之處），設置吸菸區供定點吸菸，適當區隔吸菸區與禁菸區，不僅讓吸菸者有所依循，可達到吸菸者有地方吸菸，不吸菸者亦免於吸到二手菸，相互尊重的效果。



實施前，高達 95% 民眾支持此項無菸環境政策

依本署查詢問民眾對「2014年4月部分戶外休閒區域列入禁菸區」之意見；以電腦輔助電話訪問調查，對象為15歲及以上之台灣民眾，樣本數為1,071人，結果，高達95.1%（73.4%非常贊成及21.7%贊成）支持此項無菸環境政策，其中吸菸者亦有近8成支持（43%非常贊成及36%贊成），顯示該項規劃，符合多數國人期待。

透過規劃、做好配套措施，積極宣導，成效佳

國家公園、風景特定區及森林遊樂區等場所，確實面積廣大，以嘉義縣「阿里山森林遊樂區」為前例，該遊樂區劃定禁菸範圍達1350公頃，自公告2013年12月1日起除吸菸區外，不得吸菸；未設吸菸區，全面禁止吸菸，該遊樂區事前即製作大型禁菸標示、規劃動線良好的吸菸區、掃街全面宣導，並且行文交通部觀光局請旅行社務必配合加強遊客宣導，除此外，嘉義縣衛生局及林務局並會同相關人員強力執法，遊客均能遵守相關規定，配合情況良好。由此顯示，禁菸場所不會因為面積廣大而難以規範禁菸，事前做好完善之配套措施，管理人員及主管機關強力執法，才是達到禁菸規範效果的關鍵。

為保護民眾不受到二手菸的傷害，維護民眾健康，本署並盡全力規劃、做好配套措施，並責請衛生局及相關人員強力執行。本次公告配套措施如下：

1. 函交通部觀光局，請旅行社、領隊、導遊，積極協助對旅客（含本國及外國旅客）行前說明，請旅客務必配合規定。
2. 設立明顯清楚的禁菸標示及設置吸菸區，且設置吸菸區之動線宜合理，同時於地上畫出明顯指示，使吸菸者有地方吸菸。

3. 於入園門票及園區簡介內載明禁菸規定、吸菸區位置，或於購買門票時一併配合發放禁菸宣導單張。
4. 以大眾媒體、新聞發布、議題行銷、發放宣導品等方式，密集宣導。
5. 以地毯式掃街拜訪轄區內商店與住戶，說明進行宣導，並請商家協助發放宣傳單，供民眾索取。
6. 加強補充培訓人員與志工，於公告區域巡視及舉牌宣導。

民眾只須留意各景點標示，或詢問工作人員

有民眾誤以為國家公園將“全面禁菸”，這是將新規定過於簡化解讀所造成的誤解。國民健康署說明，國家公園並非全面禁菸，而是由各國家公園管理單位，選定遊客較多之區塊，列為禁菸範圍，在這些區塊內，除吸菸區外不得吸菸，但在區塊外面，或是在區塊內所設置的「吸菸區」，仍是可吸菸的。

此次公告目的，是透過更明確的規範，達到有效區隔與引導的效果，針對前述禁菸區域，已完成標示工作，民眾依循禁菸標示與吸菸區標示，想吸菸的民眾，可以在禁菸指定區域之外，或在區域內所設之吸菸區吸菸，與其他遊客或休閒民眾有效區隔，也獲得尊重，不會因為吸菸而遭排斥，也讓多數國內外民眾到國家公園旅遊時，都可呼吸新鮮空氣與吸收芬多精，舒暢身心，提升休閒觀光品質。



● 公園禁菸標示



● 公園禁菸標示



● 公園禁菸標示



配合本次公告，各縣市與國家公園管理單位已完成禁菸標示，並規劃動線適當的吸菸區，也加強宣導；另觀光局亦已請旅行社配合加強遊客宣導。民眾出遊時，不需要特別去記得哪裡禁菸，只要依照指示標示，或詢問工作人員，就知道何處禁菸或依照吸菸區設置之指引。

統計自 2014 年 4 月 1 日施行「國家公園、國家自然公園、風景特定區及森林遊樂區場所之指定區域與公園綠地，為除吸菸區外，不得吸菸。」政策，迄 2015 年 12 月 31 日，各縣市累計之稽查次數共計 21,804 次，總計開出 829 件處分書，罰款金額高達 134.5 萬多元。國民健康署提醒，對於還沒有戒菸的民眾，可以在指定區域之外，或在區域內所設之吸菸區來吸菸，與其他遊客或休閒民眾相互區隔，千萬不要因一時大意受罰，造成敗興而歸。

實施後，獲得高達 96% 的民眾支持

根據 2014 年國民健康署「國家公園民意調查」結果顯示，有高達 96% 的民眾支持公園區隔禁菸區與吸菸區，使吸菸者與非吸菸者互相尊重。顯示此項規劃，確實符合國人期待。國民健康署特別感謝大家對公園等綠地，除吸菸區外不得吸菸政策的支持，讓在公園出遊踏青休閒的民眾，都享有清新的空氣！

▶ 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，且面積不應少於主要可見部分的 30%（建議占 50%）。2015 年全球已有 77 個國家規定菸盒上需標示警示圖文，涵蓋世界人口的 49%，且已有 60 個國家要求警示圖文面積需大於 50%；同時，定期更換警示圖文才能維持警示效果，目前各國的更換頻率不一，以智利更新次數最為頻繁，自 2006 年起平均每年更新 1 次，至今已更新 7 次，澳洲、紐西蘭及比利時則採 2-3 組圖文組，每 12 個月輪替一次。

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；2007 年由當時衛生署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警圖及戒菸相關資訊之義務。

鑑於吸菸者一旦熟悉菸品健康警示標示後，多數會傾向視而不見，警示效用因此明顯降低。為使健康警告標示更為有效地提醒民眾吸菸之危害，爰於 2013 年 8 月 20 日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，於 2014 年 6 月 1 日正式實施。



● 菸品健康警示圖文

新版 8 則健康警示圖文經多年籌備，除透過新版警圖開發案徵求設計稿，自 1000 多張投稿作品中，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 張警圖外，並同時檢視 37 則歐盟授權圖文，加以挑選；再經專家討論會議進行討論及精修，產出 8 則新版健康警示圖文；此 8 則警圖涵蓋不同對象，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。

2014 年委託研究「探討菸品健康警示圖文改版對民眾吸菸行為改變之影響研究」的結果顯示，吸菸者對於菸盒警圖之有效性態度，追蹤調查發現，改版當月及改版後三個月，其態度得分皆顯著低於改版前，顯示菸盒警圖改版後，吸菸者對於菸盒警圖有效的同意程度低於改版前，警圖效果不如預期，惟財政部表示新版健康警示圖文有助於查緝走私時清楚辨別是否為走私菸品。

2015 年辦理「警圖大 PK」徵稿活動共收到 619 件參賽作品，經過專家學者多次的評選，共選出金獎 1 名、銀獎 2 名及銅獎 2 名，優勝作品 10 名；另舉辦 3 次專家座談，邀請 30 餘位專家學者進行討論，建議未來警圖設計應以強烈、直接的訴求為佳。3 場焦點群體座談也分別針對開發的警圖提出意見，在眼動儀測試的結果中發現，高度的恐懼訴求圖形的確獲得較佳的注意度。期望能開發出具有警示效果，讓吸菸民眾可以產生警惕作用及提供健康知識，進而使其減少吸菸量或產生戒斷之行動。



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，2011 年 5 月，邱前部長（時任署長）文達於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，至該年 9 月歐盟同意授權我國使用該菸品健康警示圖像，並於 2012 年 5 月 24 日共同簽署「菸盒警示圖像授權協定」，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。

有關於害防制法新規定實施取締現況，2015 年各縣市政府衛生局共稽查菸品容器之相關標示計 20 萬 570 次。各縣市政府衛生局共稽查販賣菸品場所標示及展示計 9 萬 7,759 次，違規處分計 26 件，罰鍰共 41 萬元。



金獎	銀獎	銀獎	銅獎	銅獎
優勝	優勝	優勝	優勝	優勝
優勝	優勝	優勝	優勝	優勝

● 2015 年菸品警示圖文創意徵稿「警圖大 PK」設計徵稿過程與結果

▶ 宣導與培訓

● 菸害防制宣導與成效

2015 年度以無菸支持環境宣導、戒菸服務、菸害教育為主軸，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，且運用電視、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，並呼籲民眾重視吸菸及二手菸、三手菸危害。

● 縣市菸害防制宣導

為提升民眾對菸害防制的支持與認知、提升拒菸意識，使民眾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，結合各跨部會單位，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（2015 年計辦理 8,124 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



● 彰化縣拒菸小精靈活動



● 臺北市「美麗不蒙塵 ~ 戒菸就對了！」記者會



● 桃園市神農小學堂健康知識創意競賽



● 連江縣菸害防制宣導戶外大型看板



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，凝聚民眾對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

由於民眾對二手菸害的認知與權益主張日益高漲。因此，國民健康署自 2003 年起設置菸害申訴專線，提供民眾菸害申訴管道。

2009 年 1 月 11 日起施行之新菸害防制法，預期民眾將大量來電詢問新法相關疑義，及受理民眾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，如民眾申訴菸害個案，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 諮詢專線共接聽民眾來電 41,206 通，檢舉數達 8,950 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

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
2014 年	4,515	2,425	414	414	1,182
2015 年	3,737	2,100	276	276	678

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，隨著民眾對於菸害防制法已有相當瞭解，2015 年統計菸害諮詢及檢舉專線來電量共接聽民眾來電 2,416 通，其中對於民眾菸害申訴與檢舉案件通報資料，上傳通報系統共 312 件，依據統計顯示民眾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。

2015 年共完成「菸害防制法執法人員訓練」，完成初階訓練 4 場計 210 人完訓，進階班 1 場 53 人，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，藉由追蹤受訓學員對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。

訓練成果顯示，在有規劃的訓練下，有助於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 2015 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 條菸品標示展示規範、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。另為降低青少年取得菸品之可近性，自 2014 年起增加第 13 條不得供應菸品予未滿 18 歲者之稽查成效配分，以加強保護青少年健康。

而「調查監測」考評項目，除 2012 年已列入考評之各縣市「18 歲以上民眾吸菸率」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，並自 2014 年起新增「青少年吸菸率」考評項目，以強化降低青少年吸菸情形之相關政策推動。另為加強民眾健康識能，自 2015 年起新增「菸害防制認知情形」指標考評項目。為促使各縣市內醫事相關人員接受戒菸訓練並實際提供戒菸服務，以促使民眾利用戒菸服務資源，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，足以為他縣市表率，或辦理本署各年度特殊政策之配合情形，有具體特殊表現時，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，2015 年分別於北區、澎湖地區各辦理 1 梯次「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」、「菸害防制法實務交流」、「無菸小學堂 - 幼童菸害防制小尖兵」、「百萬無菸家庭整合行銷推廣計畫」、「善用新媒體，你我零距離」、「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」、「二代戒菸服務策略」等實務交流與問題討論；澎湖地區課程內容包括「菸害防制目標與工作計畫」、「菸害稽查實務案例討論」、「菸害防制法跨縣市聯合稽查專案說明與檢討」、「縣市菸害執法成效」、「促銷菸品或為菸品廣告之特殊裁罰實務案例討論」、「無菸場域營造及戶外禁菸空間推行策略」、「青少年菸害防制計畫現況說明」及「電子煙管理現況與挑戰」等課程。

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 梯次工作坊本署與縣市互動



● 第 1 梯次工作坊健康操時間



● 於澎湖辦理第 2 梯次工作坊合影



● 第 2 梯次工作坊上課剪影



▶ 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，降低對菸商的警覺性。因此，許多國家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條強化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，或以茶會、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2009～2015年全國稽查數239萬9,764件，處分數總計66件，遭處分最多的第九條款項依序為：第一款以廣播、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（44/66，66.7%），第三款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（6/66，9.1%），第四款以菸品作為銷售物品、活動之贈品或獎品（9/66，13.6%），第八款以茶會、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（6/66，9.1%），第六款以單支、散裝或包裝之方式分發或兜售（1/66，1.5%）。進一步分析各縣市衛生局，這7年處分違規菸品廣告或促銷之情形，以台中市處分數19件（28.8%）占最多，其次為台北市16件，高雄市8件，新北市及台南市各4件，苗栗縣及南投縣3件，基隆市、宜蘭縣、金門縣各2件，桃園縣、彰化縣、屏東縣各1件（表1-2）。

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，2009年-2015年遭違規處分的菸品廣告促銷與贊助案，重大案件計有臺北市夜店菸品促銷活動、菸盒廣告促銷菸品、及贊助計罰鍰3,600萬5,000元，苗栗縣菸盒廣告促銷菸品罰鍰1,780萬元，臺中市菸盒廣告促銷菸品罰鍰1,170萬元，高雄市菸品附贈圖卡、贊助罰鍰1083萬元，宜蘭縣菸品廣告促銷罰鍰1,000萬元，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510萬元及彰化縣菸盒廣告促銷菸品罰鍰500萬元等，合計第9條罰鍰9,778萬8,500元。

表 1-2 2009-2015 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	縣市別	處分數	罰鍰金額
台北市政府衛生局	16	36,005,000	彰化縣政府衛生局	1	5,000,000
基隆市衛生局	2	5,100,000	南投縣政府衛生局	3	270,000
新北市政府衛生局	4	333,500	台南市政府衛生局	4	400,000
宜蘭縣政府衛生局	2	10,000,000	高雄市政府衛生局	8	10,830,000
桃園縣政府衛生局	1	100,000	屏東縣政府衛生局	1	100,000
苗栗縣政府衛生局	3	17,800,000	金門縣政府衛生局	2	150,000
臺中市政府衛生局	19	11,700,000	合計	66	97,788,500

● 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 日完成系統更新上線，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。

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上線，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 1,400 件，2013 年為 4,388 件，2014 年為 2,604 件，2015 年為 1,335 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。

2015 年全國菸害稽查家數 63 萬 5,609 家、稽查 427 萬 9,204 條文，處分數 8,791 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 4,261 件（48%）、（2）未滿 18 歲吸菸者 3,799 件（43.2%）、（3）禁菸場所未設置禁菸標示及供應與吸菸有關器物 656 件（7.5%）（表 1-3、1-4、1-5）。罰鍰最多為台北市，其次為高雄市；而處分未滿 18 歲吸菸者，以新北市占最多，其次為新竹市；處分於禁菸場所吸菸者以高雄市最多，臺南市次之；未於所有入口處設置明顯禁菸標示且不得供應與吸菸有關器物以臺南市違規最多，其次分別為高雄市、新北市。進一步分析發現，2015 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、其它（表 1-6）；18 歲以上於禁菸區遭裁罰處分前三大場所分別為高中職（含）以下學校、網咖、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，但仍有少許民眾及公眾人物挑戰公權力於火車車廂、飛機上或網咖抽菸，甚至於網站播放塞菸品給幼童之影片，這些行為不僅已違反《菸害防制法》禁菸場所禁菸規定與《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 1-3 2009-2015 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	稽查吸菸行為人													
		稽查數							處分數						
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
台北市	33,450	45,532	42,881	140,115	87,431	86,977	65,605	88	328	514	554	277	322	262	
高雄市	124,677	36,017	52,625	129,765	48,373	40,365	41,228	633	712	1,819	1,473	1,460	1,323	953	
新北市	13,290	18,225	22,154	162,420	84,362	87,820	66,559	341	371	450	224	225	284	420	
宜蘭縣	24,036	14,471	23,441	29,342	21,082	18,899	20,952	45	47	73	97	54	86	53	
桃園縣	27,756	20,846	24,831	54,190	60,184	67,011	47,159	635	292	251	198	107	303	97	
新竹縣	10,825	10,898	14,147	30,424	20,159	18,563	15,185	141	177	26	12	19	24	11	
苗栗縣	35,853	6,561	6,345	22,498	16,126	16,552	14,515	85	50	25	140	167	332	241	
彰化縣	23,183	19,885	12,595	37,198	32,152	35,207	38,432	35	78	58	33	44	22	46	
南投縣	20,848	5,622	17,614	36,689	28,735	25,568	33,560	32	27	25	30	40	47	41	
雲林縣	9,855	9,771	10,612	18,475	22,160	22,631	23,292	88	156	104	120	70	52	33	
嘉義縣	9,346	6,060	12,428	28,097	16,812	15,397	15,039	38	71	68	65	66	22	30	
屏東縣	25,039	15,610	17,075	39,208	47,478	48,401	49,860	113	191	257	164	187	273	212	
台東縣	7,728	4,400	5,373	6,893	7,675	8,836	9,247	14	19	6	5	52	48	24	
花蓮縣	13,124	8,473	10,386	15,870	13,670	14,492	13,982	58	97	126	47	184	132	210	
澎湖縣	2,274	2,637	3,131	7,219	4,107	4,309	4,207	1	2	1	0	1	4	0	
基隆市	80,228	15,053	17,274	13,083	12,864	13,846	14,409	90	163	235	102	124	94	149	
新竹市	8,727	5,369	5,890	27,447	12,539	9,757	11,117	245	326	191	227	72	52	57	
台中市	70,952	138,268	85,464	167,265	116,184	121,125	97,616	528	933	822	834	695	274	194	
嘉義市	34,541	22,358	3,772	14,982	14,593	18,229	12,312	21	49	35	37	88	52	32	
台南市	68,649	33,216	29,631	71,580	79,012	53,258	46,771	406	508	511	377	342	482	464	
金門縣	1,748	941	3,065	2,608	1,601	1,587	1,169	1	8	3	18	40	33	20	
連江縣	2,798	399	428	478	387	395	357	11	1	0	2	7	0	0	
合計	648,501	440,612	421,162	1,055,846	747,686	729,225	642,573	3,649	4,606	5,600	4,759	4,321	4,261	3,549	

表 1-4 2009-2015 年縣市衛生局執行菸害防制法稽查處分未滿 18 歲吸菸者

類別 縣市	稽查未滿 18 歲者吸菸													
	稽查數							處分數						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
台北市	11,941	23,391	22,123	31,572	27,132	30,303	27,657	597	408	196	207	262	201	133
高雄市	57,186	29,880	43,510	59,811	41,418	28,045	29,742	242	111	225	461	191	230	299
新北市	8,929	7,906	17,640	42,636	55,435	23,872	18,169	4,721	1,542	945	570	642	384	1,259
宜蘭縣	21,807	14,064	23,081	28,966	20,737	18,585	20,706	94	27	7	46	13	43	55
桃園縣	15,328	13,609	17,614	43,225	46,235	46,854	35,942	507	116	124	279	112	278	306
新竹縣	4,172	10,288	13,878	29,961	19,860	17,956	14,789	195	174	119	85	118	114	81
苗栗縣	25,338	5,139	5,532	20,957	15,166	16,482	14,431	143	12	37	220	88	326	196
彰化縣	11,861	18,285	12,315	37,033	31,960	34,787	38,219	270	72	11	11	8	1	67
南投縣	4,580	1,807	7,228	10,677	9,816	10,125	10,659	396	292	315	329	217	236	183
雲林縣	8,559	8,645	10,047	17,810	20,944	20,258	20,242	64	12	13	11	8	13	40
嘉義縣	5,180	4,568	10,151	17,856	14,227	12,885	12,142	86	66	32	28	19	45	45
屏東縣	7,729	5,092	5,039	10,322	9,331	8,835	7,932	81	87	98	43	27	187	103
台東縣	3,619	3,035	4,068	3,812	4,274	4,581	5,002	35	32	80	59	38	76	38
花蓮縣	5,100	5,393	6,066	8,072	7,600	13,627	13,234	51	45	47	23	49	21	68
澎湖縣	578	812	662	1,418	980	1,163	1,395	52	64	60	59	78	50	79
基隆市	78,256	14,797	17,052	12,910	12,620	12,851	13,927	256	89	67	32	31	34	49
新竹市	7,385	4,932	5,853	17,955	12,432	9,851	11,360	64	228	251	183	235	390	329
台中市	34,098	77,279	49,051	51,373	56,220	49,273	28,081	834	439	219	273	186	153	168
嘉義市	30,746	21,101	3,608	14,646	13,956	17,817	12,179	1	9	2	10	44	53	59
台南市	50,244	28,192	27,232	69,649	77,768	51,425	44,886	264	75	136	183	208	220	231
金門縣	1,592	772	2,650	2,280	1,493	1,335	1,145	2	1	2	11	16	17	15
連江縣	394	392	315	476	378	224	238	0	0	0	0	0	0	0
合計	394,622	299,379	304,715	533,418	499,982	431,134	382,077	8,955	3,901	2,985	3,123	2,590	3,072	3,803



表 1-5 2009-2015 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

類別 縣市	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	2014	2015	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
台北市	42,829	45,141	41,630	139,809	85,185	88,036	66,890	37	100	224	133	69	42	45
高雄市	155,287	35,398	49,735	130,655	46,579	38,759	39,209	12	11	9	72	81	113	104
新北市	17,895	17,838	20,705	158,359	84,087	87,518	66,123	146	104	157	90	79	58	60
宜蘭縣	22,486	14,423	23,303	29,253	21,009	18,740	20,860	1	7	12	24	39	8	8
桃園縣	26,308	20,508	24,802	54,099	60,539	65,310	40,003	13	7	1	4	15	27	23
新竹縣	10,112	10,733	14,134	30,414	20,138	18,540	15,169	18	7	1	1	3	4	2
苗栗縣	33,855	6,304	6,300	22,297	15,757	16,124	14,283	7	10	9	12	6	10	10
彰化縣	26,682	19,828	12,547	37,165	32,091	35,170	38,385	0	0	6	1	2	2	0
南投縣	27,655	5,484	17,513	36,407	28,676	25,448	32,726	3	5	7	6	1	6	5
雲林縣	8,514	8,756	10,259	18,077	21,564	21,687	20,987	30	44	46	30	47	17	19
嘉義縣	9,249	5,823	12,232	28,171	16,637	15,316	15,227	3	0	0	0	1	2	0
屏東縣	26,456	15,302	16,608	38,993	46,799	48,075	48,691	12	15	12	9	17	16	7
台東縣	7,184	4,250	5,416	6,364	7,548	8,276	8,605	1	0	0	0	0	0	4
花蓮縣	13,171	8,453	10,076	15,768	13,496	14,467	13,622	20	1	1	0	0	21	26
澎湖縣	2,043	2,579	3,018	6,876	4,072	4,282	4,214	0	0	0	2	0	4	0
基隆市	79,271	14,812	17,036	12,979	12,717	12,937	14,256	4	15	6	7	3	14	24
新竹市	8,386	5,034	5,699	27,499	12,457	9,593	11,057	0	0	0	2	0	0	0
台中市	62,316	137,898	84,455	170,259	115,483	120,794	97,306	44	118	212	108	92	76	44
嘉義市	32,715	22,322	3,759	14,900	14,366	18,152	12,275	0	7	9	5	11	5	21
台南市	66,491	33,789	29,424	71,348	78,799	52,761	46,501	6	18	65	29	35	116	258
金門縣	1,575	938	3,060	2,589	1,531	1,577	1,146	0	1	1	0	5	1	3
連江縣	2,803	397	446	467	376	383	361	0	0	0	0	0	0	0
合計	683,283	436,010	412,157	1,052,748	739,906	721,945	627,896	357	470	778	535	506	542	663

表 1-6 2009-2015 年菸害防制法處分未滿 18 歲吸菸者違規場所分析

年度 常見 違規場所	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
非禁菸場所	7,661 (85.5%)	3,147 (80.7%)	2,171 (72.8%)	1,838 (58.9%)	1,675 (64.7%)	1,737 (56.5%)	2,456 (64.6%)
網咖	418 (4.7%)	327 (8.4%)	190 (6.4%)	236 (7.6%)	119 (4.6%)	142 (4.6%)	103 (2.7%)
國小、國中、 高中	329 (3.7%)	291 (7.5%)	504 (16.9%)	739 (23.7%)	670 (25.9%)	852 (27.7%)	994 (26.2%)
車站	77 (0.9%)	21 (0.5%)	8 (0.3%)	14 (0.4%)	3 (0.1%)	16 (0.5%)	11 (0.3%)
醫院	4 (0.0%)	1 (0.0%)	3 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
大專	2 (0.0%)	4 (0.0%)	1 (0.0%)	2 (0.1%)	28 (1.1%)	223 (7.3%)	85 (2.2%)
其他	464 (5.2%)	108 (2.9%)	108 (3.6%)	294 (9.3%)	95 (3.7%)	102 (3.3%)	150 (3.9%)
合計	8,955 (100%)	3,899 (100%)	2,985 (100%)	3,123 (100%)	2,590 (100%)	3,072 (100%)	3,799 (100%)



表 1-7 2015 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 / 每萬元補助
	稽查數	處分數	稽查數	處分數		
台北市	15,598	35	63,525	257	261,772	178
高雄市	29,402	55	40,124	931	286,405	108
新北市	16,962	182	65,992	293	249,497	135
宜蘭縣	20,663	14	20,735	53	219,315	237
桃園縣	35,684	74	42,146	97	396,106	314
新竹縣	14,719	20	14,837	11	137,119	219
苗栗縣	14,104	10	14,333	241	131,573	179
彰化縣	38,159	7	38,190	38	373,640	268
南投縣	10,576	5	32,979	40	183,001	164
雲林縣	20,213	2	20,073	30	225,053	250
嘉義縣	12,122	6	14,084	29	132,297	146
屏東縣	7,629	18	40,243	177	188,754	183
台東縣	4,747	9	6,785	23	59,544	78
花蓮縣	5,526	10	13,823	209	88,613	97
澎湖縣	1,295	0	3,412	0	21,402	37
基隆市	13,883	19	14,027	145	128,995	177
新竹市	11,036	9	11,075	44	95,080	113
臺中市	27,953	41	96,115	187	589,485	381
嘉義市	12,130	12	12,155	29	105,015	206
臺南市	44,690	39	45,566	444	397,632	231
金門縣	154	1	1,082	20	5,521	15
連江縣	163	0	356	0	3,385	9

▶ 戒菸服務

自 2009 年起室內公共場所和工作場所全面禁菸，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，2015 年延續 2010 年「戒菸行動年」相關工作，持續推動「多元戒菸服務網絡」，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。

● 多元戒菸服務網絡

為維護民眾健康權益，也呼應世界衛生組織預防非傳染病的目標設定，希望全民吸菸率在 2025 年吸菸率降低 30%，因此本署自 2010 年「戒菸行動年」開始即推動「多元戒菸服務網絡」，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，2015 年戒菸專線共服務 1 萬 3,851 人，6 個月點戒菸成功率達 40.8%；戒菸班共計辦理 457 場，服務 5,756 人；菸害防制相關宣導教育活動計辦理 8,124 場次；參加初、進階戒菸衛教訓練合格人數共 1 萬 2,830 人，且有超過 3,000 家醫事機構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 2 成。

透過多元戒菸服務網絡提供的戒菸服務，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；該公約締約方亦於 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、設戒菸專線服務、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



● 2015年11月25日 聯合報 - 為愛熄菸 百萬幸福



● 戒菸顧荷包海報

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、可以戒除的行為，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 ≥ 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，讓受害最深的民眾能更方便的戒菸，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、山地暨離島地區全免；戒菸服務亦同時由門診擴及至住院、急診病人都可納入戒菸服務適用對象；同年 9 月開辦社區藥局給藥及戒菸衛教暨個案管理服務，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，就近協助社區民眾戒菸。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。2014 年 5 月 1 日新增牙醫師及藥劑生加入戒菸服務團隊，讓牙醫師能在第一時間發現吸菸者口腔的傷害，站在最有利的位罝給予戒菸治療或衛教，幫助其成功戒菸，提供更全面更有效的戒菸服務。考

量原住民同胞健康弱勢現況，為縮小健康不平等，自 2015 年 11 月 1 日起原住民於非山地暨離島地區接受戒菸服務，得免藥品部分負擔。

戒菸服務全程關懷

- 重視衛教，提供民眾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。

表 1-8 戒菸服務沿革表

項目	2002	2003-2004	2005	2006	2012.3	2012.9	2014.5	2015.11
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		
診察費補助	250 元 / 次	350 元 / 次			250 元 / 次			
藥品費補助	250 元 / 週	400 元 / 週	250 元 / 週		依公告額度補助 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、山地暨離島地區全免)			依公告額度補助 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% ; 原住民、低收入戶、山地暨離島地區全免)
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		



戒菸治療全面啟動

- 住院、急診亦可戒菸：把握機會，不限門診，一年給付 2 療程共 16 次診察及 16 周藥品費。
- 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

一論服務計酬：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。

一論表現計酬：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。

自 2002 年起戒菸服務之服務量隨著政策推行或補助調整而變動，菸害防制法新規定於 2009 年 1 月 11 日施行，由於禁菸場所擴大及室內公共場所及三人以上室內工作場所全面禁菸，當年上半年診次回升，自第 2 季起卻逐季下降，至 2010 年第 2 季逐漸回穩；2012 年 3 月 1 日起二代戒菸治療試辦計畫上路，就診人數及次數均有所提升。至 2015 年提供戒菸服務之合約醫事機構約 3,400 家，分布於 366 個鄉鎮市區（涵蓋率達 99.4%，透過巡迴醫療，涵蓋率達 100%）；2009 年菸害防制法新制及菸捐調漲迄 2015 年 12 月，接受戒菸服務之個案數為 472,269 人（扣除歷年重複就診者）（圖 1-5）。

提供服務之醫師、藥師或衛教師於接受戒菸服務課程之培訓與認證後，方得成為合約之戒菸服務醫事機構，費用之給付係透過全民健康保險系統辦理，提供服務之醫事機構，並需接受與協助戒菸服務品質審查、服務滿意度調查、戒菸成功率追蹤及配合成本效益分析等工作。

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治服務個案之 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 2015 年 11 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醫學中心 32.3% 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（如下表 1-9）。

表 1-9 2015 年不同層級醫事機構戒菸服務之成效

院所別	人數	人次	6 個月點戒菸成功率	戒菸成功人數
醫學中心	34,151	13,112	32.3%	4,241
區域醫院	61,513	24,632	29.4%	7,251
地區醫院	35,690	14,343	27.1%	3,890
基層診所	140,848	47,440	26.0%	12,318
衛生所	48,726	31,409	21.5%	6,755
牙科診所	2,773	1,357	26.5%	359
社區藥局	144,221	24,656	27.4%	6,764
總計	467,922	2,826,038	26.5%	4,241

資料來源：國民健康署委託戒菸治療管理中心

本署自 2012 年 3 月 1 日起推出二代戒菸服務，並公告辦理「戒菸服務品質改善」措施，協助各合約醫事機構導入並落實戒菸個案追蹤管理機制，以提升 3 個月及 6 個月的戒菸成功率，進而建立品質導向之支付制度，特於 2015 年 7 月 14 日公開表揚「戒菸服務品質改善措施」績優醫事機構（如下表），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，期望透過本次交流與討論，輔導醫事機構善用 MPOWER 策略及多元戒菸服務，幫助吸菸者戒菸、遠離菸害，早日達成 WHO 2025 年減少 30% 吸菸率目標。

表 1-10 2015 年「戒菸服務品質改善措施」績優醫事機構

院所別	名稱	院所別	名稱
醫學中心	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院	地區醫院	永川醫院
	財團法人臺灣基督長老教會馬偕紀念社會事業基金會馬偕紀念醫院		衛生福利部朴子醫院
	高雄榮民總醫院		彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院
	國立成功大學醫學院附設醫院		高雄市立岡山醫院
	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院		臺中榮民總醫院灣橋分院
	新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院		國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院
	員生醫院		
	國泰醫療財團法人新竹國泰綜合醫院		
	康寧醫療財團法人康寧醫院		
	太平澄清醫院		



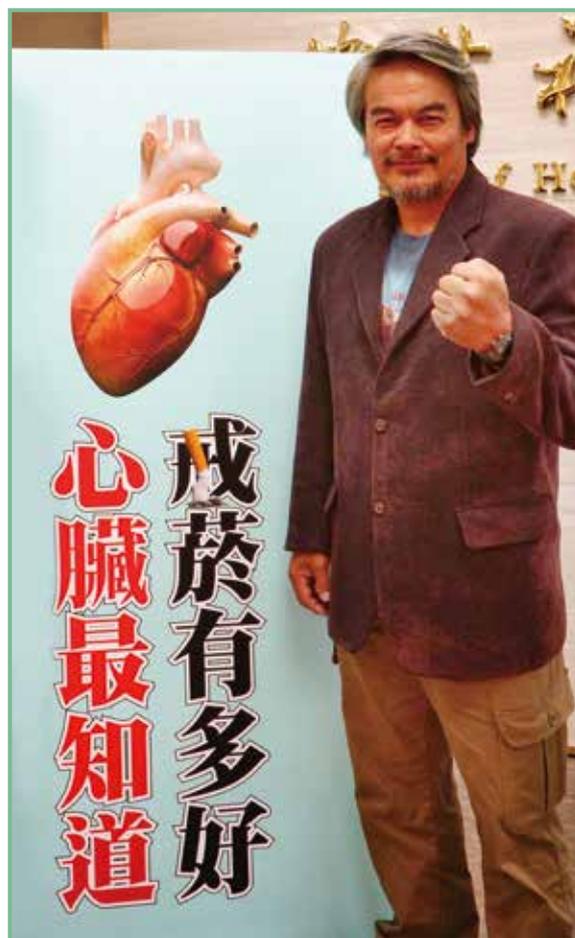
院所別	名稱
區域醫院	衛生福利部嘉南療養院
	佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院
	財團法人羅許基金會羅東博愛醫院
	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院
	新北市立聯合醫院
	臺灣基督門諾會醫療財團法人門諾醫院
	衛生福利部桃園療養院
	台南市立醫院
	衛生福利部屏東醫院
	阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院
	佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院
	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院
	林新醫療社團法人林新醫院
	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院
	童綜合醫療社團法人童綜合醫院
	衛生福利部彰化醫院
	國泰醫療財團法人汐止國泰綜合醫院
	財團法人馬偕紀念醫院新竹分院
	振興醫療財團法人振興醫院
財團法人天主教聖馬爾定醫院	
國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院	
診所	永和耳鼻喉科診所
	小太陽小兒科診所
	德福診所
	新海耳鼻喉科診所
	丞泰耳鼻喉科診所
	劉昭賢精神科診所
	林承興診所
	何翊菁診所
	九如聯合診所
	廣全家庭醫學科診所

院所別	名稱
診所	重心診所
	德信診所
	林黑潮小兒科診所
	許進賢耳鼻喉科診所
	瑞隆診所
	安芯診所
	親親家庭診所
	謝宗哲耳鼻喉科診所
	辛隆士家庭醫學科診所
	弘森診所
	博安家庭醫學科診所
	康德診所
	惠康診所
	存德小兒科診所
	宏安診所
	黃志維耳鼻喉科診所
	立人耳鼻喉科診所
	董金山診所
	台南市立醫院附設安南門診部
	黃耀明診所
	歐慈德內科診所
	林光輝小兒科診所
	真善美診所
	王士虹小兒科診所
	吉豐耳鼻喉科診所
	林信佑診所
	佳祥診所
	洪源裕小兒科診所
宜欣診所	
健安診所	
黃天一耳鼻喉科診所	
葉正傑家庭醫學科診所	

院所別	名稱
診所	芯悅診所
	臺北榮民總醫院員山分院附設門診部
	陳成福診所
	簡家醫診所
	林義宏診所
	新莊徐耳鼻喉科診所
	施晉南診所
	永安診所
	洪佑承小兒專科診所
	快安診所
衛生所	陳宏麟診所
	大華診所
	全興診所
	德昌小兒科診所
	杏慈診所
	新北市三重區衛生所
藥局	宜蘭縣宜蘭市衛生所
	新北市三芝區衛生所
	屏東縣林邊鄉衛生所
	宜蘭縣冬山鄉衛生所
藥局	健康藥局
	新華興清溪藥局
	建明藥局
	逢甲何藥局
	太子藥局



● 2015年5月23日 自由時報 - 藥戒菸找專業 熄菸保康健



● 2015年 戒菸吧！做個真英雄記者會 - 林慶台先生分享親身的經歷，勸導民眾遠離菸品。



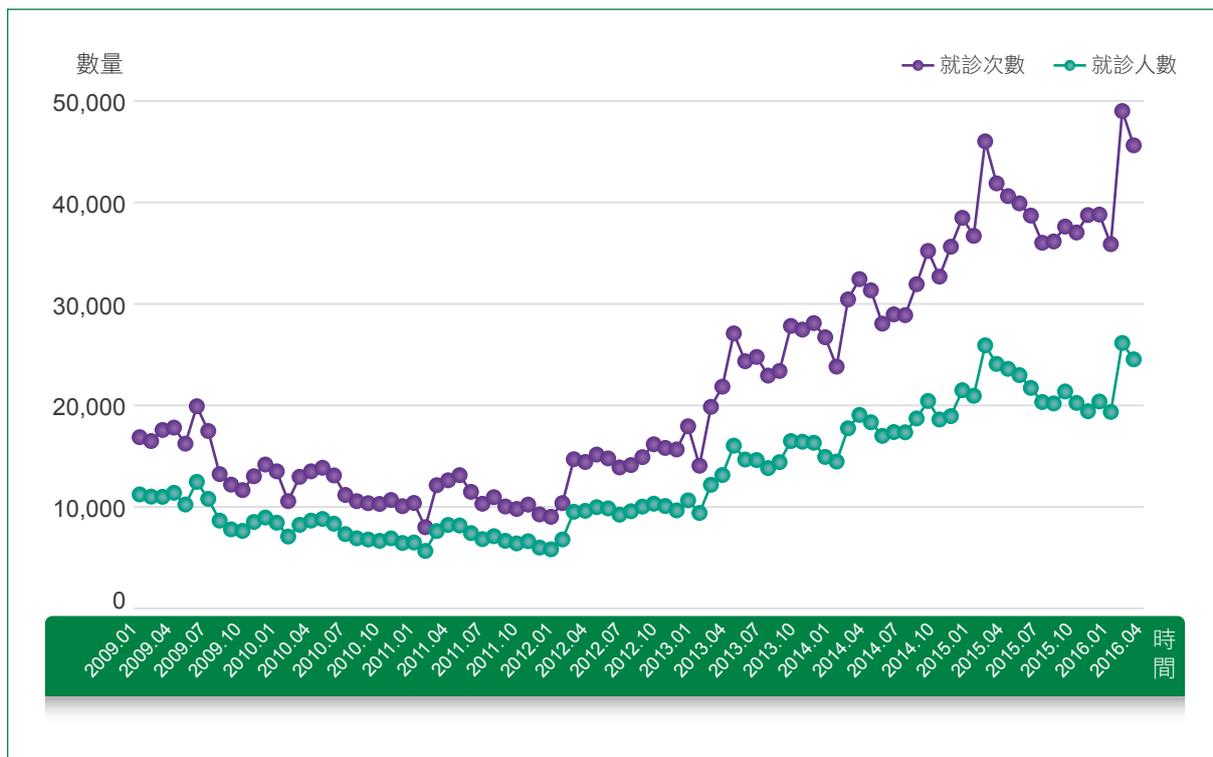


圖 1-5 戒菸服務量變化趨勢

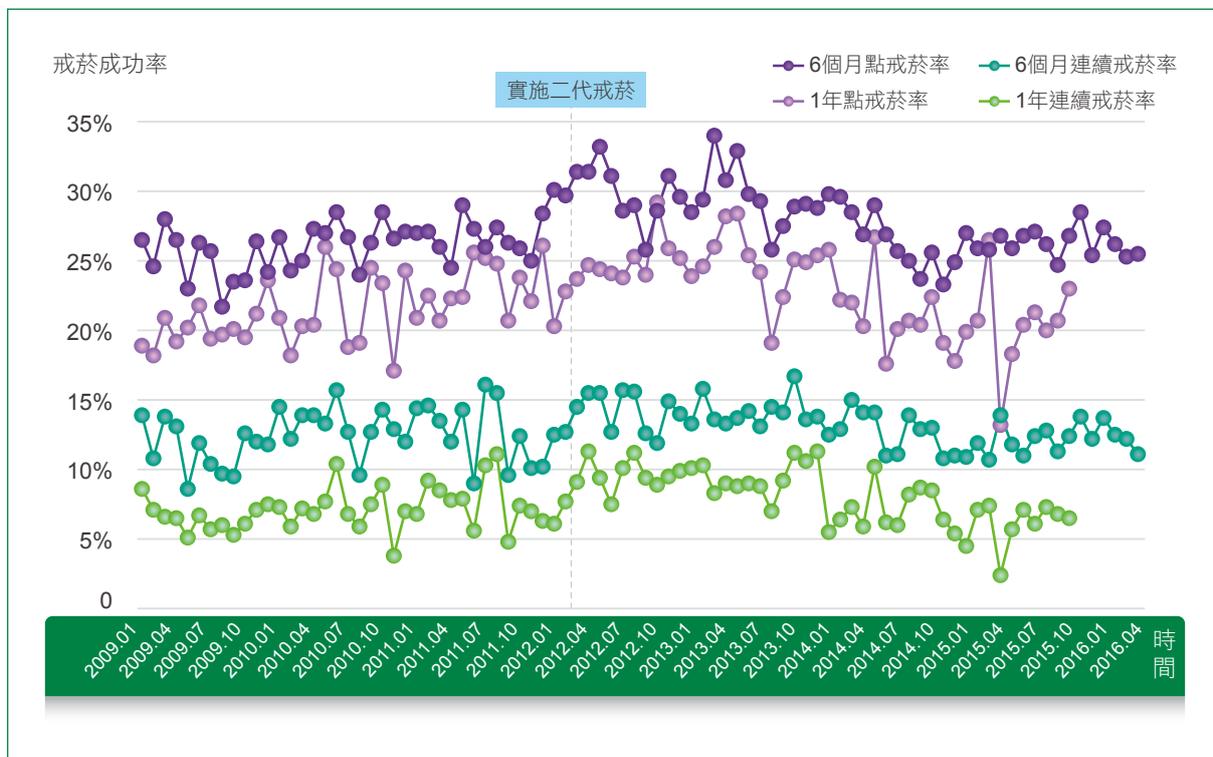


圖 1-6 戒菸服務 2009-2016 年戒菸成功率

註：總計扣除重複就診，故人數、樣本數相加不等於總計

● 戒菸治療服務人員訓練

2008 年美國疾病管制局戒菸實務指引明確提出：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也建議，臨床人員應篩檢所有成人之吸菸狀態，並提供吸菸者戒菸介入。

實證研究指出，未接受醫事人員專業協助，僅靠意志力戒菸的成功率約 3-5%，主要是因為菸草中所含的尼古丁具有高度成癮性，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，因此醫事專業人員在戒菸服務上可說是扮演舉足輕重的角色，加上與吸菸者接觸機會甚多，及其醫療專業、形象、公信力與影響力，是提供戒菸服務的最佳人選。

醫事人員勸告「一句話」，在每 100 個人中可以增加 2-3 個人戒菸成功。一個人成功戒菸，未來 11-15 年的社會效益是 42 萬元，如果一天接觸 100 位吸菸者，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，如果每位醫療人員在每次接觸病人時，都詢問吸菸狀況，並對每一位吸菸的病人都能很堅定、很關心的勸戒，就可能幫國家社會省下很多萬元，醫療人員的一句話，「不只千金，而是萬金」！

2015 年持續推動「戒菸治療醫師」、「藥事人員戒菸衛教師」、「戒菸衛教人員」及「牙醫師參與戒菸服務」的培訓計畫，各培訓計畫說明如下：

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，因此本署自 2002 年開始持續委託臺灣家庭醫學醫學會辦理「戒菸治療醫師」訓練計畫，內容包括（1）醫師執行戒菸服務調查（2）製作標準化門診戒菸教材（3）辦理種籽師資課程訓練（4）辦理教育訓練（5）計畫成效評價（6）設置及維護門診戒菸訓練醫師學員及講師資料庫。

為提供戒菸治療知能，確保服務品質，訓練課程內容涵蓋尼古丁成癮及戒斷症候群、菸品的危害與戒菸的好處、治療菸品依賴的臨床技巧、戒菸的藥物治療、個案討論、菸害防制的策略與實務等面向。2015 年共計辦理 8 場課程（固定辦理 6 場課程，配合縣市額外增加 2 場課程），培訓 518 位醫師（歷年培訓醫師數如下表 1-11），合格受證人數自 2002 年至 2015 年



12 月底共計 1 萬 2,586 人約占執業醫師數 28.3%，其中以家醫科醫師為大宗，其次依序為一般科、內科、小兒科、精神科、耳鼻喉科、外科、婦產科、神經科等（如下圖 1-7）。

對於已執行戒菸服務之醫師，家醫學會除了辦理實體繼續教育課程持續提升醫師戒菸服務知識與技能外，亦透過網路通訊教育課程（網址：<https://quitsmoking.hpa.gov.tw>），邀請專家撰寫專文，併同戒菸治療管理中心出版之「戒菸服務通訊快報」，以郵寄或網路方式，進行繼續教育訓練及證書期滿換發作業，2015 年邀請中國醫藥大學附設醫院家庭醫學部林志學醫師撰寫「職場菸害防制」。

評估「自我效能」的調查顯示，醫師在培訓後對於提供戒菸服務的自信度有顯著增加，尤其是在「評估吸菸者尼古丁依賴程度」、「處方戒菸藥物」、「評估戒菸者之戒斷症狀」等戒菸專業技能部分，顯示課程內容不僅對增進學員的戒菸知識有幫助，對於提供戒菸服務也相當有助益（如下表 1-12）。

鑑於本署針對 18 歲以上各年齡層吸菸率調查顯示，30-49 歲的成年人吸菸率較其他年齡層高，該年齡層每天約有三分之一以上的時間待在職場，同時為建立民眾對戒菸醫師在戒菸服務之重要性，本署於 2015 年 11 月 10 日結合家醫學會、臺灣內科醫學會、臺灣精神醫學會及臺灣醫界菸害防制聯盟共同召開「戒菸好幫手『醫』起來戒菸」記者會，會中除報告「戒菸治療醫師提供戒菸服務之成果」外，亦以職場戒菸為例，邀請 1 位職場上班族（成功個案）分享戒菸成功經驗、高雄榮民總醫院薛光傑醫師及懷介君護理師分享在戒菸過程中如何給予個案專業協助，最後更共同呼籲「戒菸者可多加利用二代戒菸服務，尋求專業醫師協助」。

【戒菸成功個案：卓先生，37 歲，菸齡 20 年，菸量 15 根 / 天，高雄市】

我第一次接觸菸品是高中時，因朋友的關係而開始抽菸，至今菸齡有 20 年了。嘗試靠自己的意志力戒菸，因家中有位讀國小一年級女兒，她從小常咳嗽的關係，時常跑診所就醫，醫師告知我，女兒是屬於氣管過敏，當她吸入髒空氣時，很容易而引發過敏而咳嗽，想為了女兒和家人健康一定要戒菸，可惜終究還是敵不過菸癮而戒菸失敗。

直到公司在宣導戒菸，甚至為了增加員工戒菸的方便性，請高雄榮總薛光傑醫師戒菸團隊與職護共同舉辦職場戒菸門診，在職場護士的安排下，可以在上班的空檔直接在公司內接受戒菸治療與衛教，於是就下定決心利用這個機會把菸戒掉。

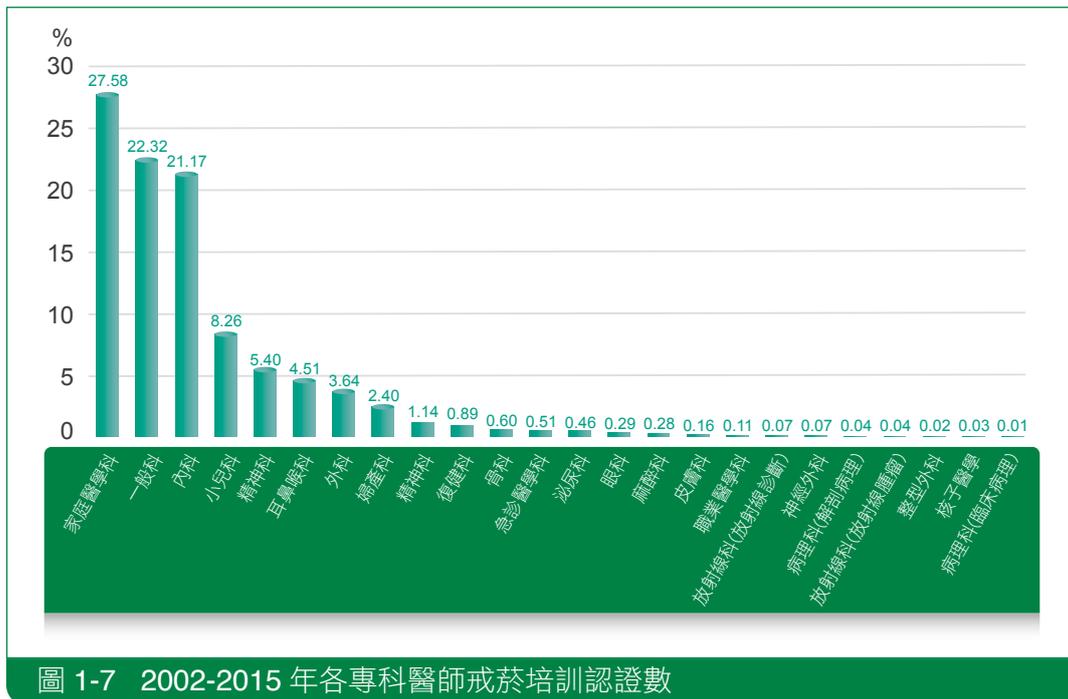


表 1-11 歷年戒菸醫師培訓人數

年度	醫師
2002	2,187
2003	747
2004	509
2005	2,133
2006	711
2007	808
2008	665
2009	715
2010	1,048
2011	516
2012	760
2013	481
2014	788
2015	518
總計	12,586

註：扣除重複培訓之醫師數



表 1-12 培訓前後醫師對於提供戒菸服務之自信心差異

	Mean	n	Paired Differences of Mean	p
您現在對“向病人說明戒菸的健康效益”有沒有自信？				
上課前	3.39 ± 0.99	562	-0.97 ± 0.93	<0.001***
上課後	4.36 ± 0.52	562		
您現在對“評估吸菸者尼古丁依賴程度”有沒有自信？				
上課前	3.07 ± 1.04	562	-1.26 ± 1.01	<0.001***
上課後	4.33 ± 0.54	562		
您現在對“處方戒菸藥物”有沒有自信？				
上課前	2.81 ± 1.08	562	-1.43 ± 1.00	<0.001***
上課後	4.24 ± 0.58	562		
您現在對“戒菸之行為治療”有沒有自信？				
上課前	2.96 ± 1.04	562	-1.21 ± 0.97	<0.001***
上課後	4.17 ± 0.61	562		
您現在對“評估戒菸者之戒斷症狀”有沒有自信？				
上課前	2.98 ± 1.02	562	-1.30 ± 0.95	<0.001***
上課後	4.28 ± 0.55	562		

*** : P<0.001 資料來源：家庭醫學醫學會



● 2015年 戒菸好幫手「醫」起來戒菸記者會



● 戒菸治療醫師上課情形

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，本署自 2010 年 5 月開始委託中華民國藥師公會全國聯合會辦理藥事人員戒菸衛教師訓練，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。

為藉由社區藥局藥事人員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 49 小時（初階、進階及高階）藥事人員戒菸衛教訓練課程（如下表 1-13）。

表 1-13 藥事人員戒菸衛教訓練課程

49 小時	初階培訓課程 8 小時	進階培訓課程 7 小時	高階培訓課程 34 小時
核心課程 25 小時	<ol style="list-style-type: none"> 1. 菸害的認識及抽菸與疾病的相關性（1 小時） 2. 國內外菸害防制政策推展現況（1 小時） 3. 健康生活習慣與戒菸（1 小時） 4. 拒菸、戒菸資源及轉介（1 小時） 5. 戒菸衛教師在個案管理中的角色（1 小時） 6. 尼古丁的藥理與戒菸藥物的使用（1 小時） 7. 戒菸的行為改變模式與策略（1 小時） 8. CO 測試儀操作指導（1 小時） 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 戒菸介入之實證基礎與戒菸指引（1 小時） 2. 如何引起個案戒菸動機及協助個案戒菸（1 小時） 3. 戒菸諮詢技巧與案例解析（1 小時） 4. 如何幫助個案堅持到底及預防復吸（1 小時） 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 戒菸藥物與戒斷症候群之處理（2 小時） 2. 健康飲食與體重控制（1 小時） 3. 自我形象與壓力處理（1 小時） 4. 電話戒菸諮詢技巧（1 小時） 5. 二代戒菸服務與菸害防制（1 小時） 6. 戒菸自我照護教材應用與社區藥局戒菸諮詢標準化流程（2 小時） 7. 如何規劃戒菸及辦理衛教活動（1 小時） 8. 戒菸補助計畫說明（1 小時） 9. 社區藥局二代戒菸治療服務模擬演練（1 小時） 10. 戒菸專線業務介紹（1 小時） 11. 個案戒菸計畫之規劃、執行與成效評估（1 小時）
小組實作 9 小時		如何增進個案戒菸動機之實務操作（3 小時）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 如何幫助個案堅持到底（3 小時） 2. 衛教師在個案用藥中之角色（3 小時）
課外實務訓練 15 小時			<ol style="list-style-type: none"> 1. 戒菸專線（3 小時） 2. 戒菸班（6 小時） 3. 門診 / 工作坊 / 藥局（3 小時） 4. 個案追蹤報告 2 位，每位至少諮詢 3 次（3 小時）

2015 年完成辦理高階訓練 9 場次，共培訓 670 位藥事人員（歷年培訓人數如下表 1-14）。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商技巧手冊，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。



表 1-14 歷年藥事人員戒菸培訓人數

年度	藥師	藥劑生	總計
2012	358	1	359
2013	322	46	368
2014	672	34	706
2015	641	29	670
總計	1993	110	2103

註：此培訓人數係包含完成 3 階課程，但尚未完成實習之學員



● 藥事人員戒菸衛教師訓練 - 學員上課情形



● 藥事人員戒菸衛教師訓練 - 學員上課情形

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。

2014 年由縣市衛生局辦理初、進階訓練課程，並委託臺灣護理學會辦理訓練計畫，包括（1）辦理戒菸衛教人員高階、種籽師資訓練（2）維護戒菸衛教人員連絡網 - 發揮「臺灣菸害防制衛教師聯盟」網站最高功能（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）建立戒菸衛教人員輔導模式。

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 26 小時；小組實際討論、演練及報告等實作課程 10 小時；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（如下表 1-15）。

表 1-15 戒菸衛教人員訓練課程

51 小時	初階培訓課程 8 小時	進階培訓課程 7 小時	高階培訓課程 36 小時
核心課程 26 小時	<ol style="list-style-type: none"> 1. 菸害的認識及抽菸與疾病的相關性 (1 小時) 2. 國內外菸害防制政策推展現況 (1 小時) 3. 健康生活習慣與戒菸 (1 小時) 4. 拒菸、戒菸資源及轉介 (1 小時) 5. 戒菸衛教師在個案管理中的角色 (1 小時) 6. 尼古丁的藥理與戒菸藥物的使用 (1 小時) 7. 戒菸的行為改變模式與策略 (1 小時) 8. CO 測試儀操作指導 (1 小時) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 戒菸諮詢與溝通技巧與案例解析 (1 小時) 2. 如何幫助個案堅持到底預防復吸 (1 小時) 3. 成功規劃戒菸班課程及教材 (1 小時) 4. 如何規劃及辦理菸害防制宣導活動 (1 小時) 5. 如何引起戒菸動機? (1 小時) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 二代戒菸服務與菸害防制 (1 小時) 2. 戒菸介入之實證基礎與戒菸指引 (2 小時) 3. 戒菸藥物治療: 藥物治療常見問題與對策 (1 小時) 4. 自我形象 (1 小時) 5. 壓力處理與人際關係 (1 小時) 6. Life Skills 如何運用於戒菸 (1 小時) 7. 青少年戒菸課程 (1 小時) 8. 戒菸專線及電話諮詢技巧 (1 小時) 9. 國民健康署門診戒菸業務介紹 - 簽約辦法及 VPN 系統使用教學 (1 小時) 10. 戒菸管理師角色與實務 (1 小時) 11. 戒菸班教材實務應用技巧 (1 小時) 12. 戒菸班執行常見問題及困難解決 (1 小時)
小組實作 10 小時		<ol style="list-style-type: none"> 1. 小組討論: 如何幫助病人堅持到底? (1 小時) 2. 小組報告: 如何幫助病人堅持到底? (1 小時) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 衛教師在病人戒菸用藥中之角色 (2 小時) 2. 青少年戒菸 (1 小時) 3. Life Skills 如何運用於戒菸 (1 小時) 4. 戒菸班常見之問題及困難解決 (2 小時) 5. 如何推動菸害防制業務 - 內容面、架構建置及困難排除 (醫院、職場、社區、學校) (2 小時)
課外實務訓練 15 小時			<ol style="list-style-type: none"> 1. 戒菸專線 (3 小時) 2. 戒菸班 (6 小時) 3. 門診 (3 小時) 4. 個案追蹤報告 2 位 (3 小時)

2015 年完成 8 場高階訓練、7 場配合各縣市需求之加場高階訓練，共計 1,334 位參訓學員（歷年培訓數如下表 1-16），並有超過 8 成的人員對課程感到滿意。在課程成效評估部分，經前後測試結果學員對於菸害防制知識分數，於接受課程後均顯著提高。

「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，網站亦設問卷追蹤調查功能，也提供講師上課講義以利學員持續與便利之自學資源。製作三個版本（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。



● 戒菸衛教人員訓練 - 學員上課情形



● 戒菸衛教人員訓練 - 學員上課情形

表 1-16 歷年戒菸衛教人員培訓人數

年度	護理人員	醫檢師	營養師	放射師	社工師	心理師	藥師	醫師	呼吸治療師	物理治療師	職能治療師	教師	其他	總計
2012	259	0	4	0	2	2	0	0	1	0	1	0	20	289
2013	368	6	6	1	1	2	5	2	0	0	0	13	12	416
2014	2069	28	15	14	8	6	5	6	4	4	3	0	2	2164
2015	1257	29	9	8	4	2	0	13	8	3	1	0	0	1334
總計	3953	63	34	23	15	12	10	21	13	7	5	13	34	4203

註 1：護理人員含護理師及護士。

註 2：其他包含醫院之研究助理、行政人員、私人公司之行政人員、會計人員等。

註 3：此培訓人數係指包含完成 3 階課程，但尚未完成實習之學員。

牙醫師參與戒菸服務訓練計畫

依據世界衛生組織 WHO 出版之 Tobacco or Oral Health - An advocacy guide for oral health professionals 指出，牙醫師最能在第一時間發現吸菸對口腔的傷害，也能站在最有利的地位給予民眾勸戒或衛教，幫助其成功戒菸，提供更全面更有效的戒菸服務。

有鑑於此，基於推廣菸害防制公共衛生業務及符合醫療相關法規規定，並以病人安全及醫療品質維護為基礎下，牙醫師得經菸害防制專業訓練，提供勸戒、衛教、轉介、轉診繼續治療或開立戒菸處方藥物，並善盡必要之注意義務辦理戒菸服務。目前全國有 1 萬 4,800 位牙醫師，6 千多家牙醫院所，且每年約有 300 多位牙科醫師投入醫療服務市場，為協助牙醫師能經過完整訓練並參與戒菸服務，擴大戒菸服務之據點與服務量，提供民眾便利、可近及有效之戒菸服務，提高國人戒菸率，本署自 2013 年 10 月開始公開委託中華民國牙醫師公會全國聯合會辦理「牙醫師參與戒菸服務訓練計畫」，並自 2014 年 5 月 1 日公告新增牙醫師加入戒菸服務團隊。

訓練課程規劃為「初階 - 戒菸治療」及「進階 - 戒菸衛教」2 階課程，初階課程共計 9 小時，包括：尼古丁成癮及戒斷症候群、菸品的危害與戒菸的好處、治療菸品依賴的臨床技巧、戒菸的藥物治療、個案討論、吸菸與口腔健康、牙科醫師如何參與及協助戒菸、二代戒菸服務與菸害防制、醫事機構戒菸服務補助計畫說明；進階課程共計 15 小時，包括：戒菸介入之實證基礎與戒菸指引、戒菸實質諮詢、戒菸的社會支持、行為改變的程序與階段、戒菸諮詢的溝通技巧、電話戒菸諮詢技巧暨戒菸專線課外實務訓練、心理與社交依賴處理 - 壓力與人際關係、預防吸菸復發、門診戒菸實習、戒菸專線實習等。2015 年共完成辦理 8 場初階訓練及 6 場進階訓練，其中初階共計培訓 412 位學員；進階共計培訓 206 位學員，整體而言，有超過 8 成學員對初、進階課程感到滿意。

為提供具理論及實務之教材，本署特別製作「牙醫門診戒菸醫師使用手冊」、「戒菸諮商技巧手冊」、「實務個案自助手冊」等 3 本教材，「牙醫門診戒菸醫師使用手冊」及「戒菸諮商技巧手冊」的使用對象為牙醫師，內容包括 5A、5R、臨床戒菸諮詢技巧、戒菸藥物介紹及使用、臨床個案討論等資訊，「實務個案自助手冊」則主要給戒菸者使用，內容包括個人戒菸計畫、戒菸的好處、戒菸好招及相關戒菸服務等資訊。



● 牙醫師戒菸訓練課程上課情形



● 牙醫門診戒菸醫師使用手冊



● 戒菸諮商技巧手冊



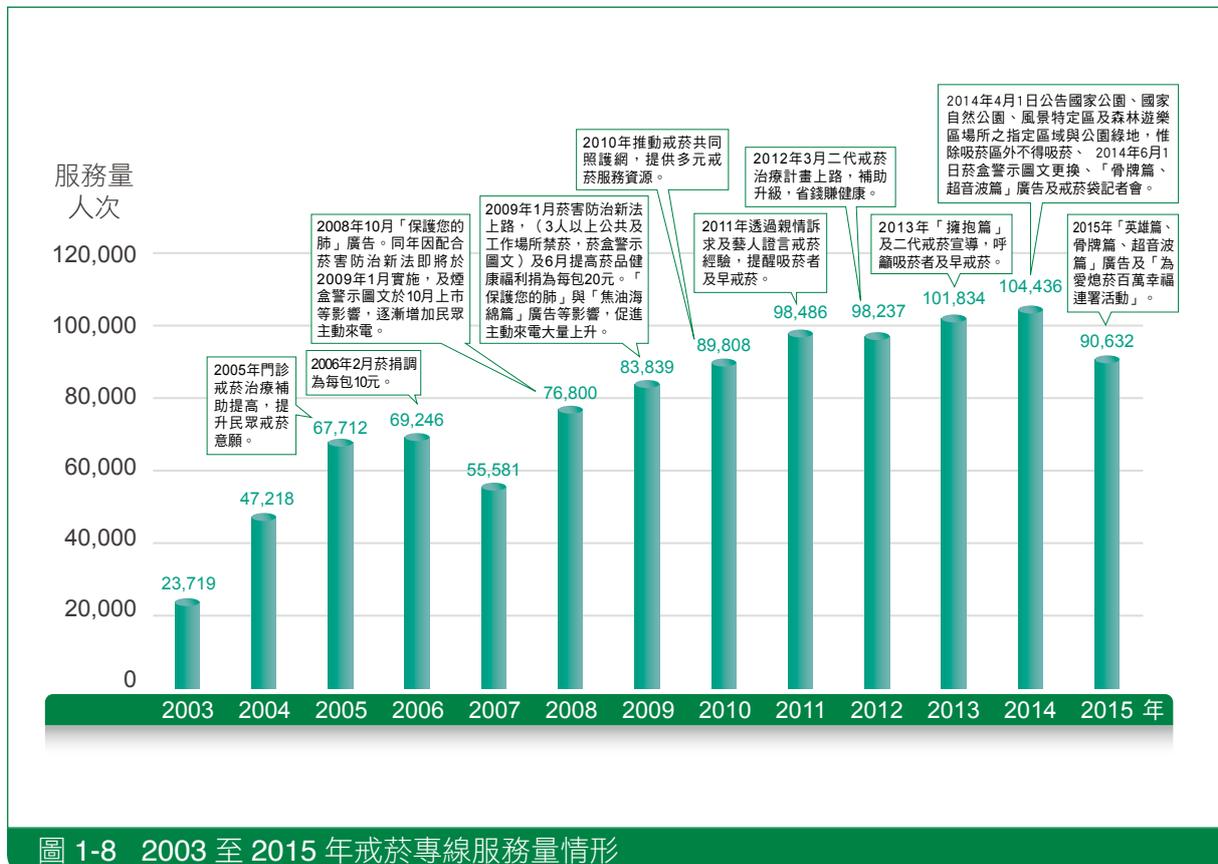
● 實務個案自助手冊



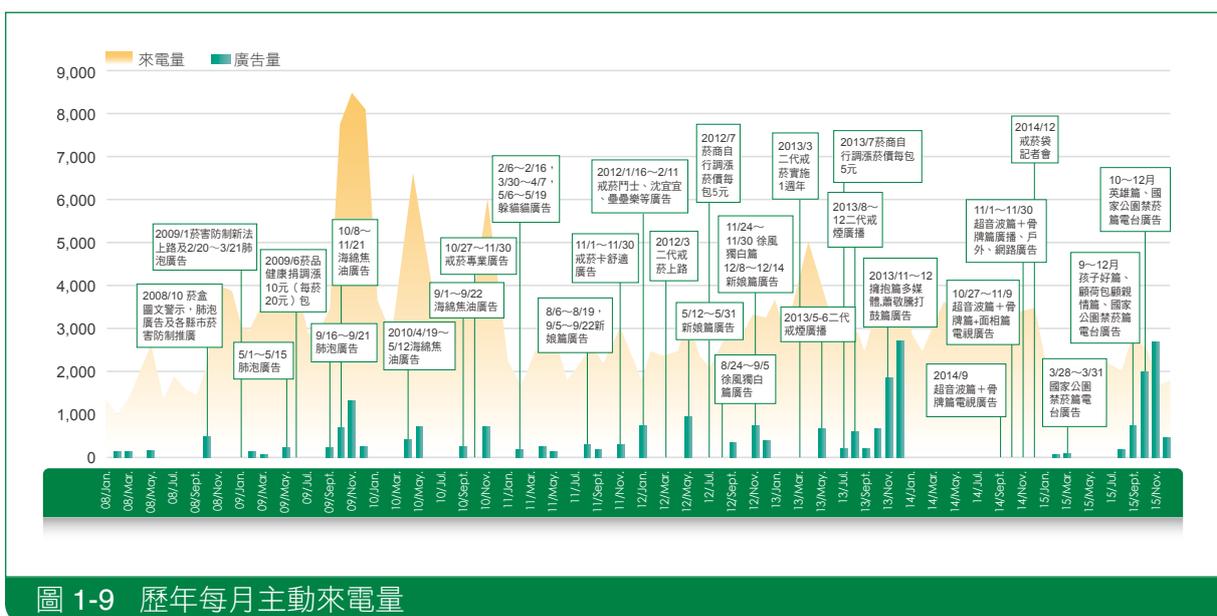
● 戒菸專線服務

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（0800-63-63-63）。

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 2003-2015 年提供電話諮詢量達 100 萬 7,548 人次，2003-2015 年個案管理量 24 萬 8,020 人次；接受服務個案服務之整體滿意程度歷年均有超過 85%，且多次諮商戒菸成功率平均超過 39%（如下圖 1-8）。



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，來電民眾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，並呼籲民眾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，也更為提升民眾戒菸意願，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。2013 年媒體廣告以「擁抱篇」、二代戒菸之「祖孫篇」、「孩子好篇」、「顧荷包親情篇」等，以吸菸對家人健康影響為主軸，呼籲癮君子需留意二手菸危害問題。2014 年戒菸就贏活動、新版菸盒警示圖文更換、公園禁菸政策、戒菸袋記者會等主題，並配合「面相篇」、「骨牌篇」及「超音波篇」等多媒體廣告露出吸引民眾重視吸菸對健康的多重影響（如下圖 1-9）。





因應時代變遷，民眾溝通媒介的轉變，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，以因應大量來電與民眾使用手機之普遍性，於 2010 年加開手機線路，提高民眾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眾行銷。

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，2015 年臺灣戒菸專線民眾要求立即諮商率為 99.99%，高於美國 CDC 建議指標 50%（如下表 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	2015 臺灣戒菸專線現況
接通率	90%-95%	95.12%
30 秒內接通率	95%	97.11% (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	100%	100%
民眾要求立即諮商率	50%	99.9%

資料來源：國民健康署委辦戒菸專線服務中心

本署戒菸專線自 2003 年成立，為亞洲地區第一個為戒菸者量身打造的諮詢專線，由具備心理輔導以及戒菸諮詢專長的專業人員提供服務。至 2015 年已協助近 100 萬人次的民眾戒菸諮詢；幫助超過 12 萬人設定戒菸日，以戒菸成功率 4 成 (40.81%) 計算，已成功幫助 4 萬 8,000 人成功戒菸。

2015 年特於母親節、531 世界無菸日及父親節發布新聞，教導民眾可以深呼吸、運動、整理家中環境、清理房子或床舖來轉移注意力，並思考戒菸後對生活品質的改善，如：健康的身體、乾淨的頭髮和衣服、清新的空氣和節省金錢等，隨時檢視自己戒菸的理由及好處，強化戒菸的動力等戒菸妙招，並宣導菸品危害並鼓勵吸菸民眾多利用戒菸專線，遠離菸癮。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眾得到更便利的戒菸治療，2012年3月份國民健康署推動「二代戒菸服務」，除了讓民眾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眾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。



● 戒菸專線參與 2015 亞太戒菸專線工作坊，參訪上海 12320 衛生熱線



● 戒菸專線安排講師至臺南茂迪股份有限公司辦理戒菸講座



● 戒菸專線安排講師至高雄前鎮國中辦理菸害防制推廣講座

● 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眾宣導戒菸服務，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、



● 縣市衛生局辦理青少年戒菸班



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。



● Quit & Win 戒菸就贏活動追蹤調查結果

Quit & Win 戒菸就贏 自 1994 年由芬

● 戒治所戒菸班上課情形

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。

我國自 2002 年自 2014 年公開徵求民間辦理 Quit & Win 戒菸就贏，七屆活動總共吸引超過 17 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。

為了解「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「2014 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『2014 戒菸就贏比賽』」的經驗與想法。

結果顯示活動當月戒菸成功率為 79.5%，一年後成功戒菸率為 38.7%，而 9 成 5 參賽者支持未來繼續舉辦戒菸就贏活動。另外，有 92.8% 的地方政府衛生局承辦人員認為「2014 戒菸就贏比賽」，對吸菸者嘗試戒菸的幫助程度是「非常有幫助」及「有幫助」的。而在焦點訪談的部分，受訪者除肯定獎金誘因外，建議透過戒菸成功的人，傳遞戒菸經驗，並舉辦類似家庭戒菸活動，使戒菸動力能夠更持續，而有助於成功戒菸。

臺灣「戒菸就贏比賽」的執行策略建立了「全國戒菸嘉年華會」的社會氛圍，成功鼓動吸菸民眾在比賽期間願意嘗試吸菸，幫助成就了 17 萬個無菸家庭。並由以上結果可瞭解參賽者的戒菸成功率，完整評估「2014 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。

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，而世界衛生組織在眾多策略中推薦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，依下列因素評估一次，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，菸品稅捐應至少占菸價的 70%，我國目前僅約 47.6%，若欲達最低標，尚須調高至少 59.9 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、菸捐稅占菸價比率亦過低，實有大幅調漲菸捐稅之必要。財政部時修正「《菸酒稅法》第 7 條條文」，首度調漲菸稅，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

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：



- (一) 成人吸菸率首度回升，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，降至 2014 年的 16.4%，6 年降幅達四分之一，然而 2015 年吸菸率卻微幅回升至 17.1%（男性 29.9%、女性 4.2%）；青少年吸菸率雖逐年下降，但國中學生吸菸率 3.5%（男生 4.9%，女生 2.0%），高中職學生吸菸率 10.4%（男生 15.6%，女生 4.7%），青少年吸菸率仍高。
- (二) 兒童、青少年及女性家庭二手菸暴露嚴重，然而家庭不在禁菸法令管轄範圍是菸害防制的死角：
1. 依「青少年學生吸菸行為調查」顯示，2010 ~ 2015 年國中生家庭二手菸暴露率由 44.2% 下降至 33.7%，2011 ~ 2015 年高中職生家庭二手菸暴露率由 41.2% 下降至 33.0%，雖有些微下降之趨勢，但仍有高達 3 成國高中職生暴露於家庭二手菸害中。
 2. 根據「成人吸菸行為調查」顯示，2009-2015 年女性家庭二手菸暴露率自 17.8% 上升到 26.2%，女性吸菸率持平於 3 至 4%，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，弱勢族群受菸害傷最深：根據 2008-2012 年成人吸菸行為調查，25 ~ 39 歲男性吸菸率雖由 47.6% 下降至 40.3%，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. 我國菸品每包之平均價格為 80 元，依 2015 年全球菸草地圖，比馬來西亞 114 元、日本 127 元、韓國 133 元還低。臺灣菸價過低，連青少年都具購買力，危及下一代。

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%；紙菸總消耗量由 20.8 億包降至 17.7 億包，降幅為 15.1%。

- (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的方式。
- (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眾。

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 2015 年 3 月，隨機抽樣全國 22 個縣市 1,068 位年滿 18 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 59.1% 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 78.4%。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」，瞭解歷年對菸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。
- （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。
- （七）2014 年 3 月 31 日立法院財政委員會召開第 5 次全體委員會議，報告「有效遏阻菸品走私措施及公允合理調整課徵菸品稅、菸品健康福利捐暨其調整對財政、國民健康之效果」。

二、推動菸捐調漲修法

依「菸害防制法」第 4 條規定，菸捐應每 2 年進行評估；而菸捐上一次調整係 2009 年，國民健康署依法完成相關評估後，逐級送至行政院審查，於 2013 年 5 月 9 日經行政院第 3346 次會議決議提出調高菸捐 20 元、菸稅 5 元之草案，送立法院審議。並經立法院於 2013 年 5 月 17 日完成一讀。若經審議通過增加 25 元，估計可減少 74 萬吸菸人口，降幅達 20.8%。

為因應立法院屆期不續審，本部依「行政院法案重行送請立法院審議處理原則」，前經行政院於 105.2.3 以院臺衛字第 1050153613 號函請立法院審議在案。茲為落實改組後行政院政策及蔡總統政見，行政院於 105.6.23 第 3503 次會議決議通過，並於同日函請立法院同意撤回。經立法院於立法院第 9 屆第 1 會期第 20 次會議決定同意撤回，並於 105.7.22 函復行政院在案。

三、發布菸捐新聞稿

2013 年發布「國民健康局（署）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稿。

2014 年發布「世界衛生組織評估報告：菸價是降低吸菸率最有效策略」、「提高菸品健康捐是降低青少年吸菸率的最有效的策略」、「國民健康署說明菸捐調整進度」等與菸品健康福利捐相關之新聞稿。

2015 年發布「菸捐補助民間團體及查緝私菸提出說明」、「菸捐均依法辦理，呼籲各界不要以訛傳訛，污名菸捐用途」、「呼籲自稱菸權團體者公布發起人及經費，釐清與菸商之利益關係；並重申：菸捐調漲及使用乃依法行政」、「針對社會福利菸捐買單之質疑提出說明」、「菸品漲價與菸捐無關」、「菸捐用衛生醫療福利，流向清楚透明」、「調漲及使用乃依法行政」等與菸品健康福利捐相關之新聞。

四、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：成人吸菸率由 2008 年 21.9% 降至 2015 年 17.1%、青少年國中學生吸菸率由 2008 年的 7.8% 降至 2015 年的 3.5%；高中職學生吸菸率由 2009 年的 14.8% 降至 2015 年的 10.4%，總計 7 年減少 76 萬吸菸人口。法定禁菸場所二手菸暴露率持續下降，自 2008 年 23.7% 明顯下降至 2015 年的 7.7%，保護率達 9 成以上。
- (二) 在幼童健康方面，維持 3 歲以下幼兒各項常規疫苗基礎劑高接種率達 95.8% 以上，確保群體免疫力。並將結合型肺炎鏈球菌疫苗納入常規疫苗項目，大幅降低我國侵襲性肺炎鏈球菌感染及發生率，受益人次約 78 萬。115 萬小學生免費氟漱口防水防齲服務；輔導 46 家兒童發展聯合評估中心，受理疑似發展遲緩兒童計 2 萬 3,662 人，其中 68.6% 確診為發展遲緩；兒童衛教指導服務補助方案，2015 年 7 次平均利用率約為 65%。



- (三) 在婦幼健康方面，妊娠第一孕期及第三孕期，提供 2 次產前衛教評估與指導，包括：維持母胎安全指導、兩性平權、孕期心理適應、生產準備計畫、母乳哺育等，2015 年共約服務 321,972 人次。提供產檢服務的醫師及助產人員之合格人員共計 1,599 人，服務涵蓋率達 90.1%。
- (四) 在成人健康方面，用菸捐推動癌症篩檢，委託 225 家醫療院所辦理「醫院癌症篩檢／診療品質提升計畫」，要求醫院設置門診篩檢提示系統、建立陽性個案轉介單一窗口、配合衛生局社區篩檢及辦理院內衛教及戒癮班等，並運用 WHO 所發展出的「健康促進醫院」模式，輔導醫院於院內推動癌症篩檢，並改變醫院過去重醫療輕預防的情形，帶動醫院醫療文化與作業模式之變革。2015 年參與醫院共完成四癌篩檢 506 萬人次；發現 4.8 萬例癌前病變及 1.1 萬例癌症。
- (五) 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。
- (六) 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），並由 19 家醫學中心支援 18 家醫療資源不足地區醫院急診與急重症相關之醫師人力，共計有 72 名專科醫師提供急重症服務，以協助離島及醫療資源不足地區，有效提升醫療品質和偏遠地區照護。
- (七) 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，2015 年底計安置 2,940 人，使失依的老人、兒童、身心障礙者得到適宜且持續的照顧。
- (八) 2015 年補助 29.5 萬名中低收入戶及經濟困難者健保費。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。
- (九) 加強查緝菸品走私，2015 年計查獲私劣菸品 2,774 餘萬包，市價 4 億 8,509 萬餘元，強化菸害防制，減少菸品走私，改善社會治安與貿易秩序。

五、菸品健康福利捐調查

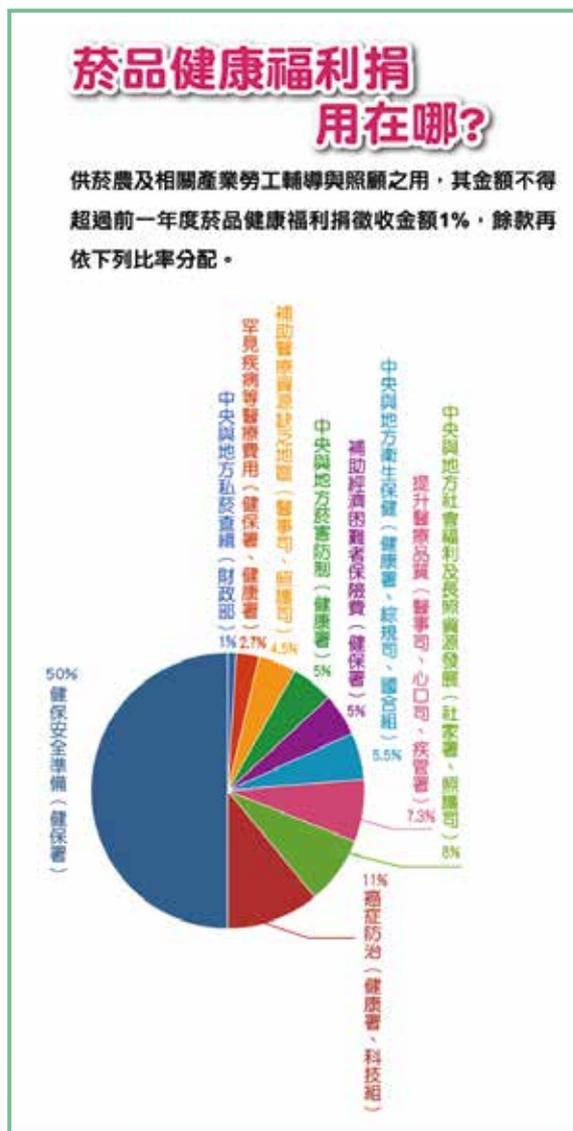
依據國民健康署於 2015 年 3 月「菸品健康福利捐調查」電話調查結果顯示，78.4% 民眾贊成調高菸捐補助經濟弱勢者；78.7% 民眾贊成調高菸價或菸捐，避免青少年吸菸；72.6% 民眾贊成調高菸價或菸捐讓吸菸者戒菸；70.1% 的民眾知道菸捐是交給政府做為菸害防制等用途使用；且分別有 59.1% 及 58.9% 民眾贊成調高原本 20 元的菸捐並認為應調高菸捐至 180-190 元，顯示目前社會氛圍贊成調漲菸捐。且近三成的吸菸的民眾會因菸品價格調高而減少吸菸，

且對於年輕族群的影響性較高，故調漲菸捐應能有效降低年輕族群對菸品的需求。

六、菸品健康福利捐分配、運用及資訊揭露

為有效分配菸捐比率，使菸捐運用公開透明化，降低外界疑慮，業於 2015 年 9 月 1 日施行修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」，於第 5 條明定各受配機關獲配款項運用，應明顯標示或以其他方式，表達款項來源為菸捐；受分配機關應於網站公開，年度經費之執行情形、成效、金額、補（捐）助事項及受補（捐）助單位名稱與金額等相關資訊，以建立完善管理機制。

完成菸捐成效之網站架設，而且各受配機關網站菸捐資訊更新，民眾只要點選菸捐成效網頁後，即可連結至各獲配單位，提供辦理之成效相關資訊揭露。相關網站進入途徑：國民健康署首頁 / 熱門議題 - 菸品健康福利捐專區 / 各受配機關分配比率，其內容包括：菸品健康福利捐介紹、分配、相關法規、運用成效、相關教材及預算執行率等。



● 菸品健康福利捐專區首頁分配比例圖

2

減少 菸品供應



► 菸害防制法執法成效評價

菸害防制工作經多年倡議，民眾對於無菸環境意識提高，大多數民眾亦能配合遵守相關規定，但仍有少數禁菸場所管理人員及菸品販賣業者挑戰法律的灰色地帶，因此使公共場所無菸的理想受到挑戰。

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。2014 年為能更全面性了解法條施行的成果與問題，並因應衛生福利部依菸害防制法第 16 條第 1 項第 4 款規定，公告自 2014 年 4 月 1 日起實施「國家公園、國家自然公園、風景特定區及森林遊樂區之指定區域與公園綠地，除吸菸區外不得吸菸」，新增公園綠地等場所，抽選出多樣化的場所類別以提供較為全面性的參考，本年度總計訪查 44 個鄉鎮市區共 649 個據點，並測試 672 家菸品販賣場所不得賣菸予青少年之法規認知，另在不定點、不預期實地觀察調查菸害防制法第 15 條禁菸場所情形，共完成 6,600 個樣本。藉以了解「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、第 16 條等 9 個法條，2015 年 22 縣市實地考評，其訪查符合「菸害防制法」上述 9 法條之總合格率为 88.8%，單一法條的總合格率詳述如下：

表 2-1 2015 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 (%)
第五條菸品販售方式	100
第六條健康警語標示	100
第七條菸品尼古丁及焦油含量標示	100
第九條禁止菸品廣告促銷	100
第十條菸品陳列之限制	98.9
第十一條免費供應菸品之禁止	100
第十三條拒售菸品予未滿 18 歲者	51.8
第十五條全面禁菸場所	96.5
第十五條全面禁菸場所（不定點、不預期實地觀察）	97.4
第十六條除吸菸區外，不得吸菸，未設吸菸區者，全面禁菸	98.0



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之限制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)。

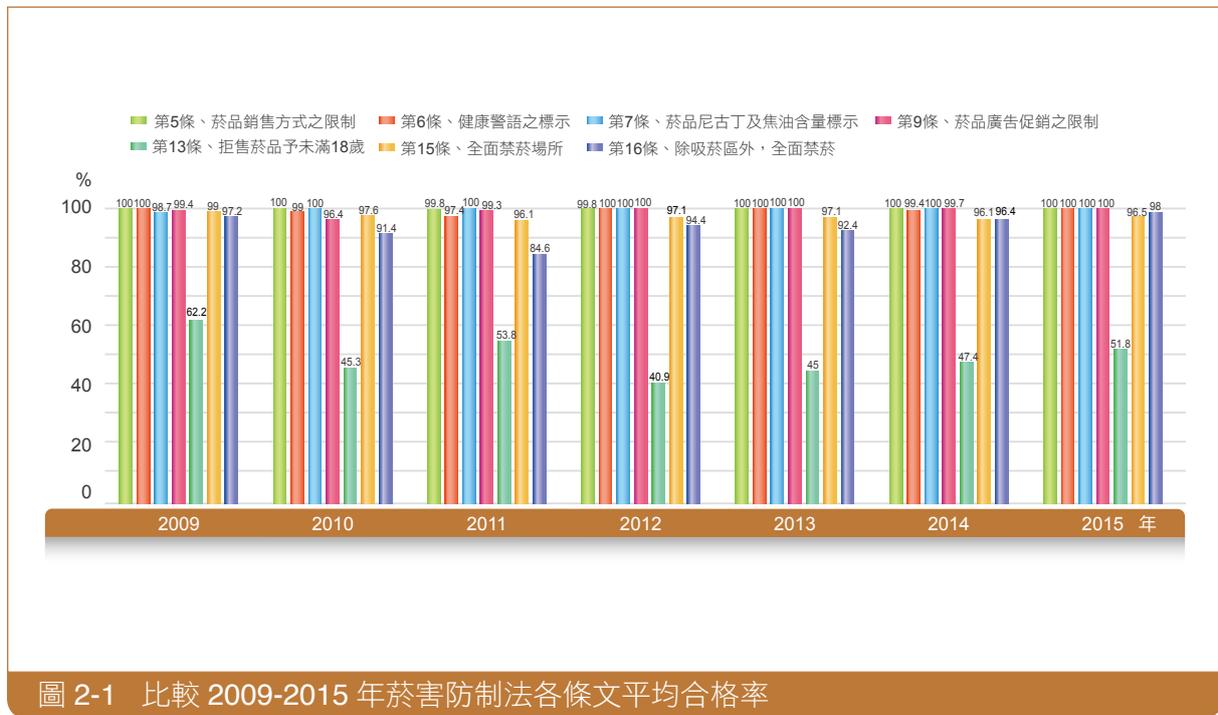


圖 2-1 比較 2009-2015 年菸害防制法各條文平均合格率

禁止向未成年人銷售和由未成年人銷售菸品

2015 年青少年吸菸行為調查 (GYTS) 結果顯示，27.0% 國中生在 10 歲以前第一次吸菸，15.9% 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 48.5% 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，是否依法不販售菸品予青少年，於 2015 年 4~9 月間對 22 個縣市的 672 家菸品販賣場所以喬裝測試方式，了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 48.5% 店家會販售菸品予未滿 18 歲者，其中四大便利商店違規率 23%，但檳榔攤與傳統商店分別更高達 54.9% 及 66.4% 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 2015 年調查結果顯示，違規率分別為 81%、74%、59.1%、48.9%、37.4%、54.1%、45.2%、59.3%、55.0%、52.2% 及 48.5%。(圖 2-2)



圖 2-2 2005-2015 年調查菸品販賣業者拒售菸品予青少年違規率

2014 年與 2015 年結果相較，拒售菸品予青少年之違規率從 52.2% 下降至 48.5%；在四大便利商店方面，2015 年有 23% 的店家會賣菸給青少年，與 2014 年的 38.8% 相較，違反規定的比率下降 15.8%，分析四大便利商店，2015 年統一超商違法賣菸比率最高為 27.7%，其次分別為 OK 便利商店 27.3%、萊爾富 17.6%、全家超商 11.1%，今年度四大連鎖便利商店的違規率相較於 2014 年測試的結果，均呈下降趨勢（圖 2-3）；在檳榔攤方面，2014 年與 2015 年違規率分別為 68.9%、54.9%，違規比率下降近 1 成 5，惟其違規率仍偏高；在傳統商店方面，違規率由 2014 年的 59.3% 微升至 2015 年的 66.4%；4 大連鎖超市及大賣場的測試結果，其 2014 年違規率為 35.3% 微升至 2015 年的 38.9%，略升 4.4%（圖 2-4）。整體而言，表現最好以連鎖便利商店違規率 23% 最低，傳統商店違規率 66.4% 表現最差，合格率僅 33.6%。2015 年違規率與 2014 年相較下，已降至 5 成以下（圖 2-5），但仍有努力改善的空間。

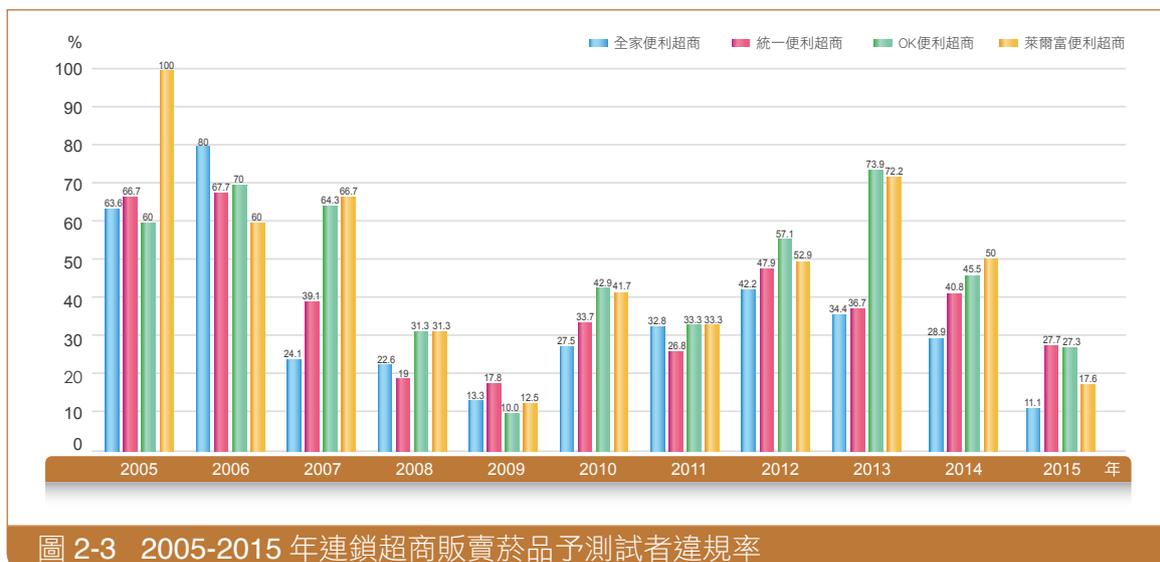


圖 2-3 2005-2015 年連鎖超商販賣菸品予測試者違規率

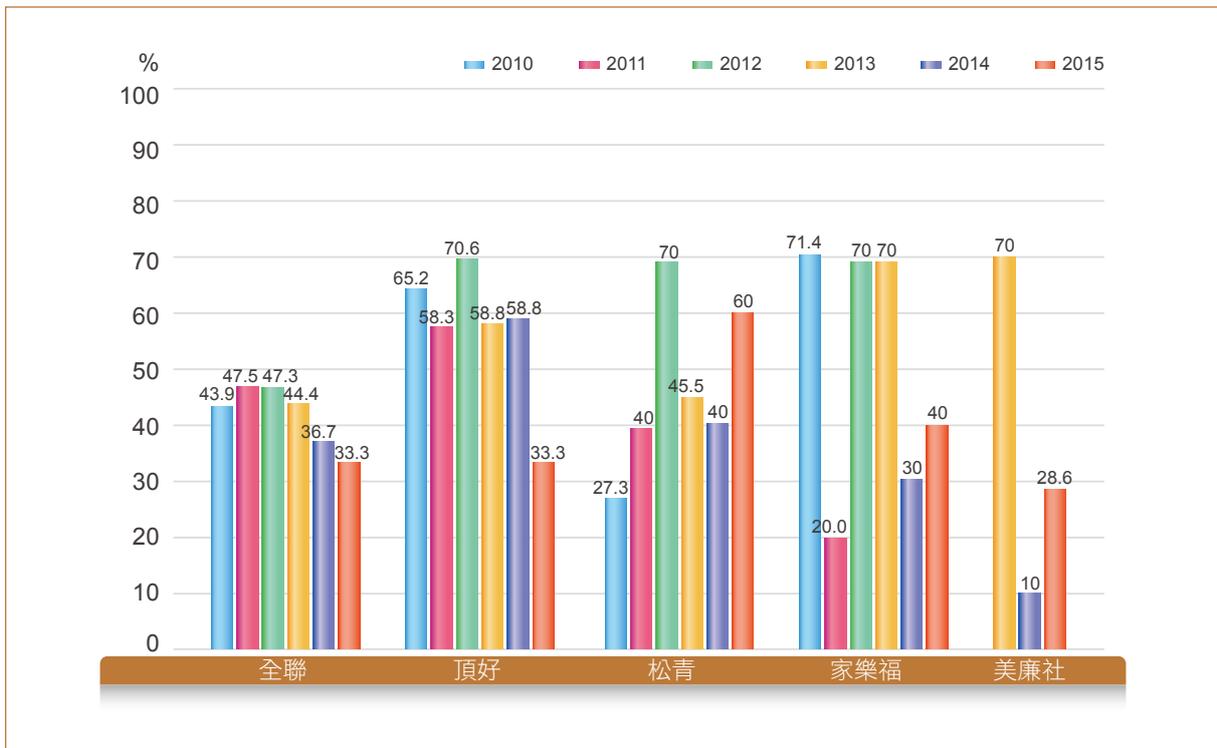


圖 2-4 自 2010-2015 年連鎖超市、大賣場販賣菸品予測試者違規率

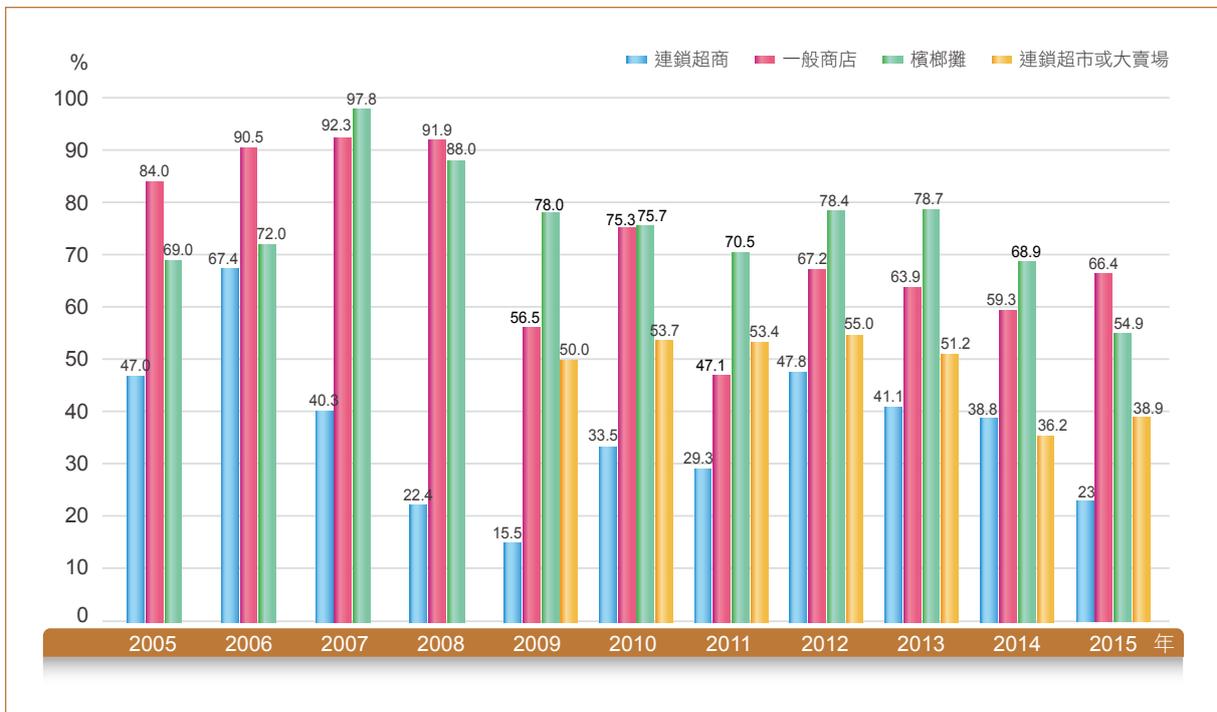


圖 2-5 2005-2015 年各式販賣菸品場所測試違規率

菸害照片分享



● 創意禁菸立牌



● 明顯標示吸菸區範圍



● 結合地方文化性之禁菸標示

常見違規照片



● 禁菸區提供熄菸之相關器物



● 中文警示圖文破損



▶ 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、行政院消費者保護處等相關機關；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 2015 年查獲私劣菸品 1,055.17 萬包，查緝經費之運用已產生績效，2002 年至 2015 年之走私菸品查緝量統計（表 2-2）。

表 2-2 2002—2015 年私劣菸品查獲數量表

年度	地方政府		關務署		合計
	萬包	比重%	萬包	比重%	萬包
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
2014	838.90	49.63	10.58	50.37	1,690.35
2015	784.02	74.30	20.54	25.70	1,055.17
總計	9,356.17	44.94	10,371.75	55.06	20,819.39

資料來源：財政部國庫署



3

研究、監測 與國際交流



► 研究、監測

● 國人吸菸行為調查

國民健康署每年依據業務推動及政策參考需要，定期辦理全人口或特定年齡族群之吸菸行為監測調查，相對於面訪調查，電話訪問調查之特性在於能在最短時間內迅速獲得初步概要性參考數據，而運用電話訪查所收集之系列資料，亦可探討健康相關問題之變化趨勢，迅速瞭解民眾之吸菸行為以及對菸害防制措施之認知等。

為瞭解全國及各縣市成人吸菸行為之現況及變化趨勢，作為政府衛生部門監測與評價菸害防制工作成效之參考，自 2004 年起，採具縣市代表性的抽樣方式，監測 18 歲以上成年人吸菸行為之現況，為與國際比較，2013 年起擴大調查對象為 15 歲以上之國人，計畫名稱亦變更為「國人吸菸行為調查」，每年常規性監測國人吸菸行為資料庫，並依全國及縣市別進行結果之分析統計。

該調查係以分層隨機抽樣方法，將臺灣地區依改制前縣市分為 25 個副母體，各縣市內再依行政區（鄉縣市區）分層。而各縣市內各行政區（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。以住宅電話號碼簿做為抽樣清冊，為使未登錄的電話號碼也有機會被抽為樣本，因此樣本號碼最後 4 碼以隨機號碼取代；電話接通後，按戶中抽樣方法抽出應受訪的對象進行訪問。全國預計完訪 16,000 至 26,000 人，2013 年起各縣市樣本數則擴大為 1,068 人以上（除連江縣外），2015 年總完訪個案數為 26,052 位，其中 18 歲以上成人樣本數為 25,029 人。

在資料完成檢誤清理，並經邏輯確認資料後，為使樣本資料充分反映母體特性，及瞭解歷年臺閩地區吸菸盛行率的長期變化趨勢，因此根據主計總處公佈的 2000 年底人口統計資料為母體進行加權分析。針對性別、年齡、教育程度、縣市行政區，採用多變數反覆加權法（*raking*）逐一加權調整，如此反覆直到樣本分配與母體分配無顯著差異為止。調整後樣本之性別、年齡及教育程度、縣市別分配與母體分配已無顯著差異。

本次調查問卷之主要項目包括民眾吸菸行為、戒菸行為、二手菸接觸頻率、對於衛生醫療單位提供戒菸服務的認知等，故監測我國吸菸行為的變化外，亦作出各人口學變項及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)

自 2009 年菸害防制法新規定生效上路以來，18 歲以上成年人吸菸率從 2008 年 21.9% 降至 2014 年的 16.4%，降幅達四分之一，然而，菸品健康福利捐已 7 年無法調漲，且過低的菸價，可能間接導致年輕與弱勢者吸菸率回升，2015 年吸菸率微幅回升至 17.1%（男性 29.9%、女性 4.2%），雖未達統計顯著差異，但為 7 年來首度上升。

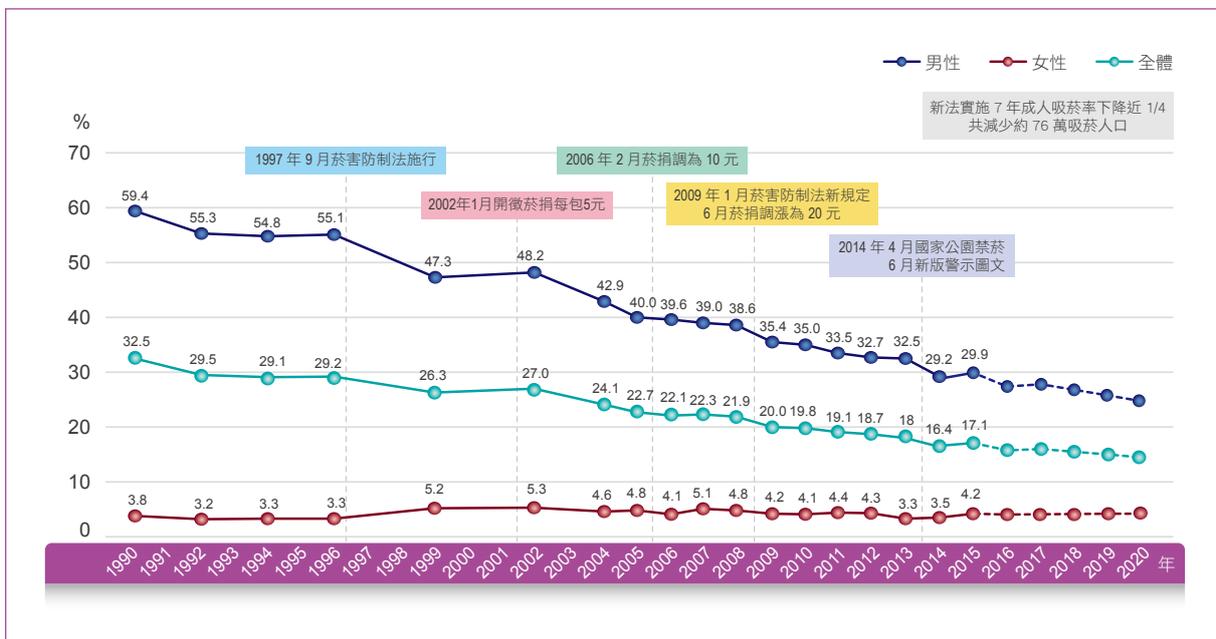


圖 3-1 我國歷年 18 歲以上成人吸菸率及未來目標

註：

1. 資料來源：

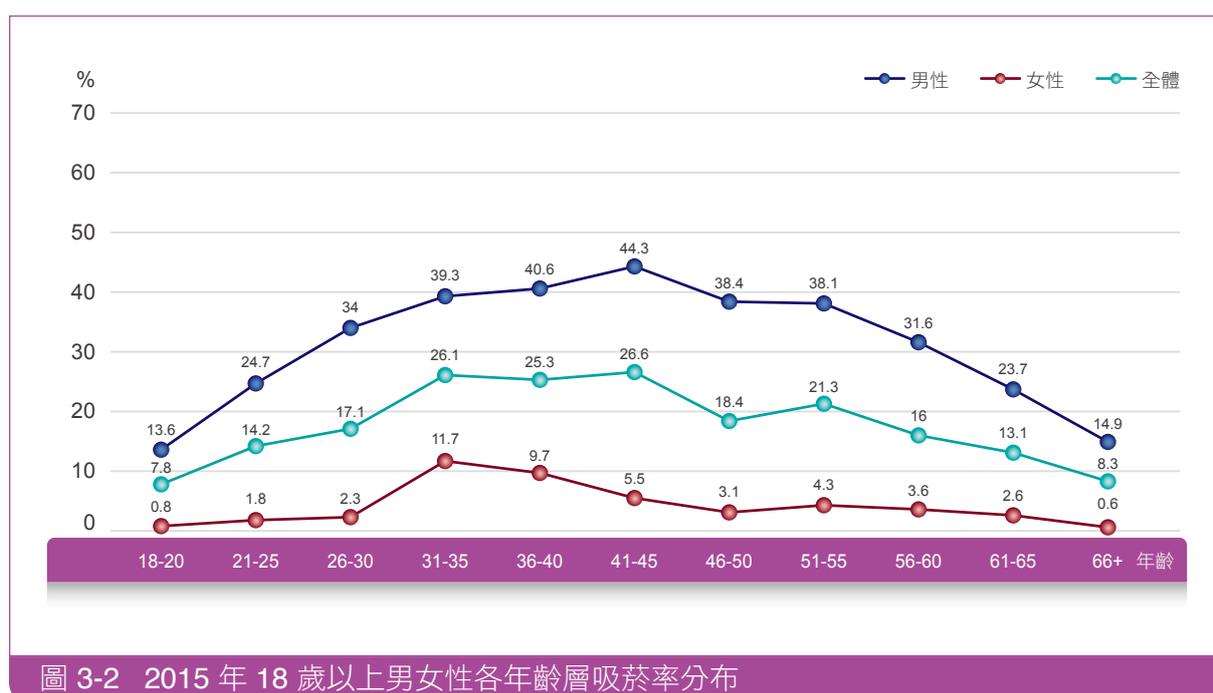
- 1990 至 1996 年為菸酒公賣局調查資料，利用家戶面訪收集民眾菸酒相關資料。
- 1999 年為李蘭教授「1999 年臺灣地區成人及青少年之吸菸率及吸菸行為調查」資料，利用電訪收集民眾吸菸相關資料。
- 2002 年為國民健康署「臺灣地區 2002 年國民健康促進知識、態度與行為調查」，利用家戶面訪收集民眾健康相關資料。
- 2004 至 2015 年為國民健康署「國人吸菸行為調查」，利用電訪收集民眾吸菸相關資料。
- 1999 至 2015 年吸菸者定義，係指以前到現在吸菸超過 100 支（5 包），且最近 30 天內曾經使用菸品者。
- 2004 至 2015 年均以臺灣地區 2000 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。

2. 問卷題目：

- 1990 至 1996 年問卷題目：「一、請問您抽菸嗎？（1）抽菸（平均每天抽三支及以上）、（2）今年戒菸、（3）不抽菸（含今年以前戒菸）」。
- 1999 年問卷題目：「您曾經吸過菸嗎（即使只吸過一根菸也算吸過）」、「您從過去到現在，您所有吸過的香菸有超過 100 根嗎？」、「您問最近一個月內是每天吸菸、偶而吸菸或是完全不吸菸呢」。上述題若回答「不知道」與「拒答」者皆為遺漏值。
- 2002 年問卷題目：「在你一生中，您是否曾經吸過菸？」、「把你一生吸過的菸合起來算，你是否有吸到至少 100 支（或五包 20 支裝的菸）嗎？」、「你目前是不是每天都在吸菸、還是偶而才吸，或你已經戒菸都沒有在吸？」。上述題若回答「不知道」與「拒答」者皆為遺漏值。
- 2004 年問卷題目：「請問您有沒有吸過菸？」、「到目前為止，請問您吸菸超過五包（約 100 支）嗎？」、「請問您現在是每天吸菸、有時候吸菸還是都不吸菸呢？」。上述題若回答「不知道」與「拒答」者皆為遺漏值。
- 2005 至 2015 年問卷題目：「到目前為止，請問您吸菸有超過五包（約 100 支）嗎？」、「請問您現在是每天吸菸、有時候吸菸還是都不吸菸呢？」。上述題若回答「不知道/不確定」、「其他」與「拒答」者皆為遺漏值。

- 2004 至 2015 年均以臺灣地區 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。

兩性相較之下，男性有明顯下降趨勢，女性則持平。但值得注意的是，我國年輕男性的吸菸率，約由 18 歲以後逐年攀升，至 41-45 歲年齡層達最高峰，約每 2 個男性就有 1 個吸菸；在女性吸菸率方面，亦約由 18 歲以後逐年攀升，至 31-35 歲年齡層達最高峰，約每 10 個女性就有 1 個吸菸，依此顯示，年輕男女性在成長過程迅速養成的吸菸習慣之問題，非常值得重視。（如圖 3-2）



註：

1. 資料來源：國民健康署 2015 年「國人吸菸行為調查」，利用電訪收集民眾吸菸相關資料，分析對象為 18 歲以上成人。
2. 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。

另，為瞭解當年實際現況，根據主計總處公佈的前一年底人口統計資料為母體進行加權分析。針對性別、年齡、教育程度、縣市行政區，採用事後分層加權法調整，如採前一年人口結構進行加權分析，2007 至 2015 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%、14.1%、13.1%。



每日吸菸率 (Daily smoking rate)

在 18 歲以上每日使用菸品者的比率方面，自 2008 年的 18.9% 顯著下降至 2015 年的 14.7%，相較於 2004 年 (20.8%) 已減少了近三分之一。30-39 歲的人是各年齡層中每天吸菸率最高 (19.9%)，與 2013 年比較，18-29 歲和 65 歲以上者降幅最大，分別從 11.8% 顯著下降至 9.9% 和從 9.6% 顯著下降至 8.2%，降幅分別達 16.2% 和 14.5%。

彙整各國吸菸行為結果顯示，與 2013 年經濟合作暨發展組織 (OECD) 國家比較，臺灣 2013 年 15 歲以上每日吸菸率 (15.2%)，與 OECD 國家相比吸菸率進步至第 4 名，但男性吸菸率仍位居第 16 位，高過許多先進國家，顯示我們在菸害防制的工作仍需持續努力。(如圖 3-3)

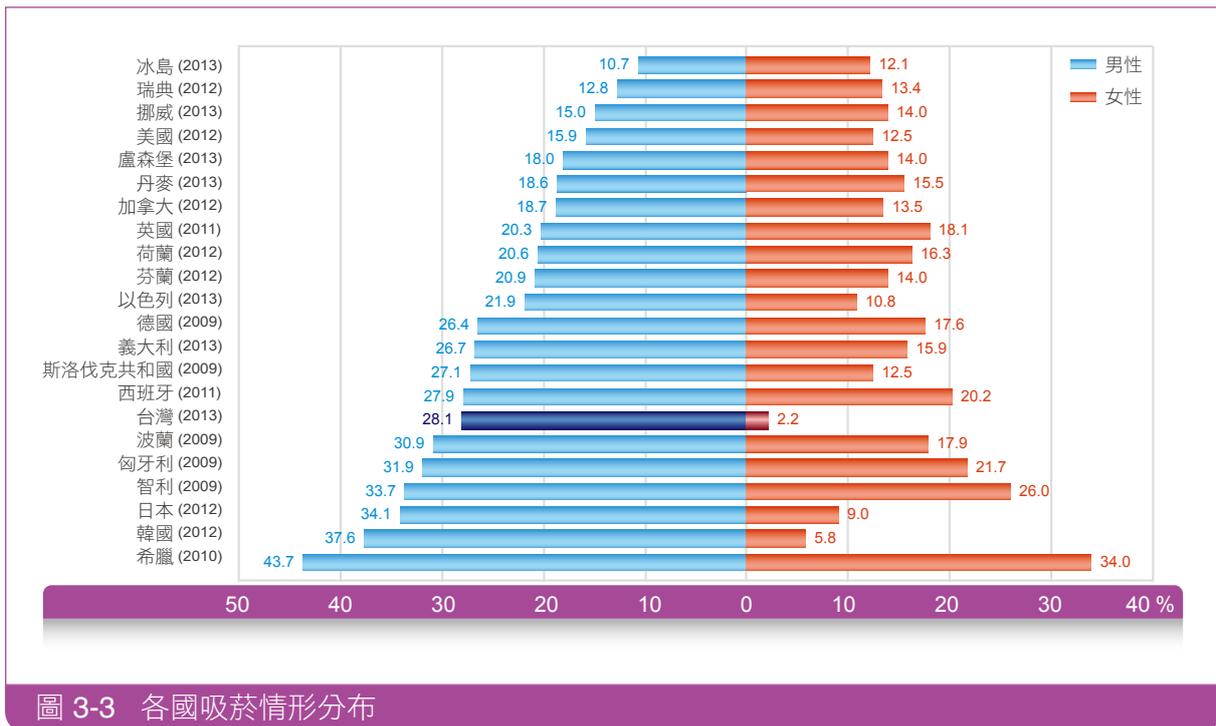


圖 3-3 各國吸菸情形分布

註：

1. 各國資料來源為 2015 年世界衛生組織全球菸草流行報告 (WHO Report on The Global Tobacco Epidemic 2015)，吸菸率計算方式採用 15 歲以上每日吸菸率。
2. 臺灣資料：
 - a. 資料來源：國民健康署「國人吸菸行為電話調查」，利用電訪收集民眾吸菸相關資料，分析對象為 15 歲以上國人。
 - b. 問卷題目：「到目前為止，請問您吸菸有超過五包 (約 100 支) 嗎？」、「請問您現在是每天吸菸、有時候吸菸還是都不吸菸呢？」。上述題若回答「不知道 / 不確定」、「其他」與「拒答」者皆為遺漏值。
 - c. 以臺灣地區 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。
 - d. 2013 年 15 歲以上每日吸菸率為 15.2% (男性 28.1%、女性 2.2%)，2014 年 15 歲以上每日吸菸率為 13.9% (男性 24.9%、女性 3.2%)，2015 年 15 歲以上每日吸菸率為 14.7% (男性 25.7%、女性 3.6%)。

公共場所二手菸暴露率

因我國逐年擴大禁菸場所範圍，並自 2014 年 4 月 1 日起，實施國家公園指定區域及公園綠地等，除吸菸區外不得吸菸，導致室內外禁菸公共場所二手菸暴露率已自 2008 年 23.7% 明顯下降至 2015 年的 7.7%，另，室內公共場所二手菸暴露率也由 2008 年 27.8% 明顯下降至 2015 年的 6.4%。

然而隨著民眾移往室外合法吸菸的地方吸菸，室外公共場所二手菸暴露率卻已悄悄地由 2008 年 36.2% 明顯攀升至 2015 年的 55.0%，深入分析研究，二手菸暴露者表示最常有人在面前吸菸的室內外公共場所依次為「馬路上、街上、騎樓等戶外通行場所」（36.8%）、「餐飲店室外、露天餐飲店、戶外婚喪喜慶場合」（9.3%）、「公園及風景區」（9.3%）以及「夜市、路邊攤、露天菜市場」（6.3%）。（如圖 3-4）



圖 3-4 成年人公共場所二手菸暴露率趨勢

註：

1. 資料來源：國民健康署「國人吸菸行為電話調查」，利用電訪收集民眾吸菸相關資料，分析對象為 18 歲以上成人。

2. 定義：

- 室內公共場所二手菸暴露定義：係指在過去一個禮拜內，在家裡及工作場所以外的室內公共場所中有人在面前吸菸。
- 室外公共場所二手菸暴露定義：係指在過去一個禮拜內，在家裡及工作場所以外的室外公共場所中有人在面前吸菸。
- 法定禁菸公共場所二手菸暴露定義：係指在過去一個禮拜內，在家裡及工作場所以外的菸害防制法規定之室內外禁菸公共場所中有人在面前吸菸。

3. 問卷題目：

- 2006 至 2007 年問卷題目：「在過去一個禮拜內，您在家裡及工作場所以外的公共場所，有沒有人在您面前吸菸？」、「最常有人在您面前吸菸的公共場所是在哪裡？」（複選不提示，訪員請追問，最多複選 3 項）（但不包括您的家裡及工作場所）。上述題若「回答有公共場所二手菸暴露但未提供暴露場所者」以及「未回答有否公共場所二手菸暴露且未提供暴露場所者」，以及回答「不知道」與「拒答」者皆為遺漏值。
- 2008 至 2015 年問卷題目：「在過去一個禮拜內，您在家裡及上班地點以外的公共場所，有沒有人在您的面前吸菸？（聞到菸味也算）（公共場所：在食衣住行育樂方面等可供大眾出入的場所）」、「除了吸菸室以外，請問最常有人在您面前吸菸的公共場所是在哪裡？」（複選不提示，訪員請追問，最多複選 3 項）（但不包括您的家裡及工作場所）。上述題若「回答有公共場所二手菸暴露但未提供暴露場所者」以及「未回答有否公共場所二手菸暴露且未提供暴露場所者」，以及回答「不知道/不確定」與「拒答」者皆為遺漏值。

4. 均以臺灣地區 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。



家庭二手菸暴露率

我國家庭二手菸暴露率在 2009 年曾一度從 2005 年 35.2% 大幅下降至 20.8%，但其後又上升到 2014 年 27.6%，再降至 2015 年 24.9%，由於「家庭」並不在菸害防制法所規範到的一環，成為法令保護不到的地方，二手菸遁入私領域，仍需要民眾一起共同努力，進而使家人（包含婦女和兒童）暴露二手菸的機會減少。（如圖 3-5）

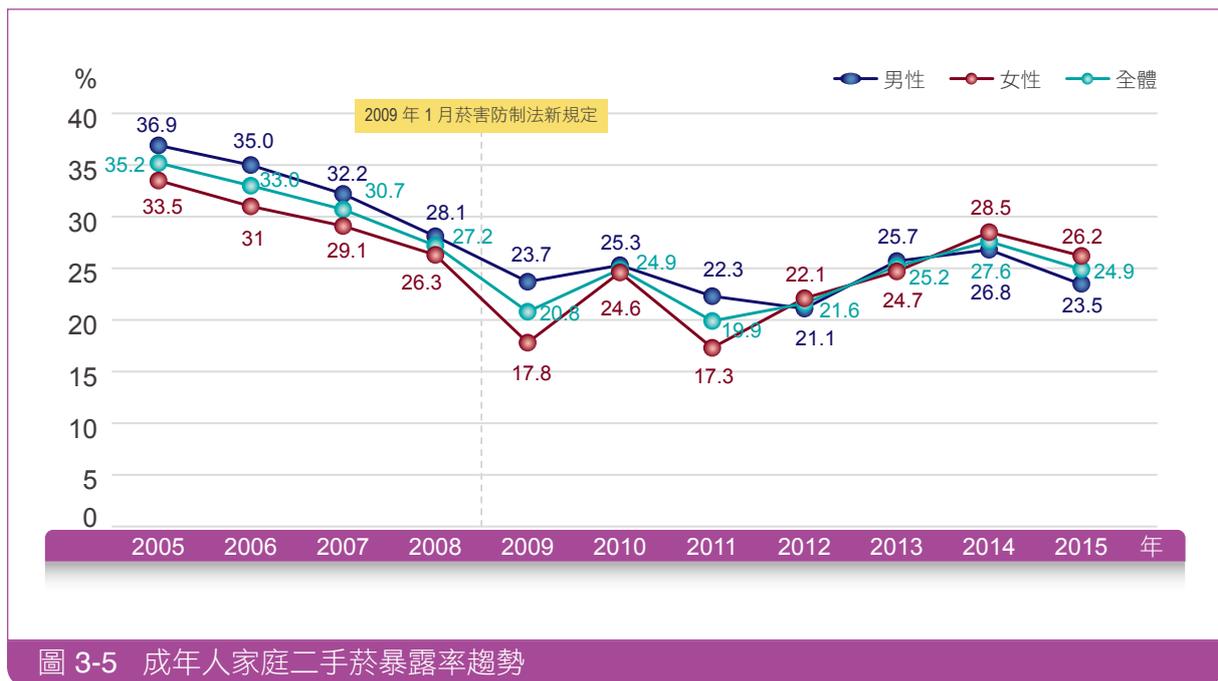


圖 3-5 成年人家庭二手菸暴露率趨勢

註：

- 資料來源：國民健康署「國人吸菸行為電話調查」，利用電訪收集民眾吸菸相關資料，分析對象為 18 歲以上成人。
- 家庭二手菸暴露定義：過去一星期內在家時，有人在面前吸菸
- 問卷題目：
 - 2005 至 2008 年問卷題目：「那在過去一個禮拜內，你在家的時候，有沒有人您的面前吸菸？」。上述題若回答「不知道」與「拒答」者皆為遺漏值。
 - 2009 至 2015 年問卷題目：「在過去一個禮拜內，您在家的時候，有沒有其他人在您的面前吸菸？（聞到菸味也算）」。上述題若回答「不知道 / 不確定」與「拒答」者皆為遺漏值。
- 均以臺灣地區 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。

職場二手菸暴露率

職場二手菸暴露部分，從 2004 年 30.1% 降至 2015 年的 16.5%，惟仍高於 2009 年的 14%，顯示職場全面禁菸政策仍需再努力，需加強推動全國職場健康促進計畫，以輔導職場降低二手菸害。（如圖 3-6）



圖 3-6 職場二手菸暴露率趨勢

註：

1. 資料來源：國民健康署「全國職場健康促進暨菸害防制調查」，利用電訪收集民眾資料，調查對象為 15 歲以上有專職工作之民眾。
2. 問卷題目：「請問您公司或工作場所的室內區域（建築物內或司機的交通工具內）有沒有人吸菸（聞到菸味也算）」、「請問您在公司或工作場所的室內區域聞到菸味的頻率」
3. 職場二手菸暴露率 = (經常聞到菸味人數 + 偶爾聞到菸味人數) / 總樣本數。

戒菸行為

因菸價逐年調漲，因此多數吸菸者曾打算戒菸，根據 2015 調查發現，共有 3 成 6 的曾經吸菸者目前已不再吸菸（整體 35.7%，男性 35.5%，女性 36.9%），其中最主要戒菸原因為改善健康、怕生病、怕老、懷孕…等健康因素（46.0%），其次依序為家人及同儕因素（12.2%）、菸品價格過高（10.4%）。

但仍有 36.6% 的目前吸菸者在過去一年曾嘗試戒菸卻戒菸失敗（男性 37.5%，女性 30.4%）¹，其中 70.7% 的受訪者表示戒菸維持時間不到 1 個月。

1. 資料來源：國民健康署「國人吸菸行為電話調查」，利用電訪收集民眾吸菸相關資料，分析對象為 18 歲以上成人。
問卷題目：「到目前為止，請問您吸菸有超過五包（約 100 支）嗎？」、「請問您現在是每天吸菸、有時候吸菸還是都不吸菸呢？」、「在過去十二個月內，請問您有沒有嘗試過戒菸？（戒菸是指完全不吸菸）」。上述題若「自認為沒有吸菸習慣」、「已戒菸超過一年」或回答「不知道 / 不確定」、「其他」與「拒答」者視為遺漏值。
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。



戒菸服務

至於民眾對戒菸資源認知及利用情形，在不提示之情況下，目前吸菸者中僅不到 4 成知道衛生單位提供包括門診戒菸、戒菸班、戒菸專線等戒菸服務（38.7%）²。而在曾經嘗試戒菸失敗者之中，若進一步詢問他們過去 12 個月內曾經使用過哪些戒菸方法，整體而言，只有 2 成多（21.4%）曾利用門診戒菸服務，5.4% 曾自行於藥局買戒菸藥物，但另有 51.7% 表示靠自己的意志力，15.2% 表示未使用任何戒菸方法。

因此，曾經嘗試戒菸者雖近 4 成打算在未來 12 個月內戒菸，但卻一直無法擺脫菸癮而持續吸菸中（39.5%），可能原因是戒菸時沒好好善用社會戒菸資源，尤其重度菸癮者更需要戒菸服務專業協助，國民健康署將持續採多元行銷方式，除運用電視、廣播、平面、網路媒體等通路進行戒菸服務宣導，並與地方政府、民間團體及醫療院所積極推廣戒菸服務，透過相關記者會、新聞稿發布、座談會、競賽等活動讓民眾參與，提升民眾對戒菸服務的認知及尋求有效的專業戒菸資源。

2. 資料來源：國民健康署「國人吸菸行為電話調查」，利用電訪收集民眾吸菸相關資料，分析對象為 18 歲以上成人目前吸菸者。

問卷題目：「A12、請問您知不知道衛生醫療單位有提供什麼幫助戒菸的服務？（不提示，訪員請追問，最多複選 3 項）」，上述題若「拒答」者皆為遺漏值。

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。

菸害認知

國人十大死因都和吸菸有關，包含癌症、心臟病、中風及慢性肺部疾病等。每年至少有 2 萬人死於菸害，平均每 25 分鐘就有 1 人因菸害而失去生命。美國疾病管制局（CDC）出版的菸害報告指出，吸菸者比非吸菸者有高達 2~6 倍的心血管疾病死亡風險。根據 2015 年調查，在不提示的情況下，有 87.9% 可以回答出吸菸會引起哪些病症，但仍有 10.9% 的受訪者並不知道吸菸會引起哪些病症，更有 1.2% 的受訪者誤認為吸菸不會造成病症³。

3. 資料來源：國民健康署「國人吸菸行為電話調查」，利用電訪收集民眾吸菸相關資料，分析對象為 18 歲以上成人。

問卷題目：「請問您認為吸菸會引起身體的何種病症呢？（不提示，訪員請追問，最多複選 3 項）」，上述題若「拒答」者皆為遺漏值。

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。

與吸菸者同住的家人，除了要承受二手菸的危害外，還得面對「三手菸」的威脅。研究證實，吸菸者即使不在孩子面前抽，但殘留在衣服、車子、房子內的三手菸一樣會導致血癌。根據 2015 年調查結果，有 86.0% 民眾認同「在有人吸菸過的房間活動也會有害健康」這個說法，但另有 8.7% 民眾誤認為不對，5.3% 民眾認為不一定或不知道⁴。

4. 資料來源：國民健康署「國人吸菸行為電話調查」，利用電訪收集民眾吸菸相關資料，分析對象為 18 歲以上成人。

問卷題目：「在有人吸菸過的房間活動也會有害健康」，請問您同不同意這個說法？」，上述題若「拒答」者皆為遺漏值。

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。

儘管菸害防制法新規定生效上路已大幅降低吸菸人口，然而成年男性吸菸率高達 29.4%，弱勢青壯族群吸菸率最高，仍需要多方努力來改善。

臺灣證據與其他先進國家相似，也就是多管齊下的菸害防制策略是有效的，且又以對弱勢族群的保護效果較好，像是課徵菸捐與提供免費戒菸，都對弱勢者有利。

我們的目標是呼應 WHO 2025 年減少 30% 吸菸率，因此，為了減少菸害相關耗費資源，我們將不斷持續推動菸害防制相關政策，持續推動戒檳與戒菸整合式衛教、營造無菸環境、推動修法，加大警示圖文面積，二代戒菸服務與免費戒菸專線，以持續縮小菸害的階級不平等現象，並努力實現我們的無菸臺灣的願景。

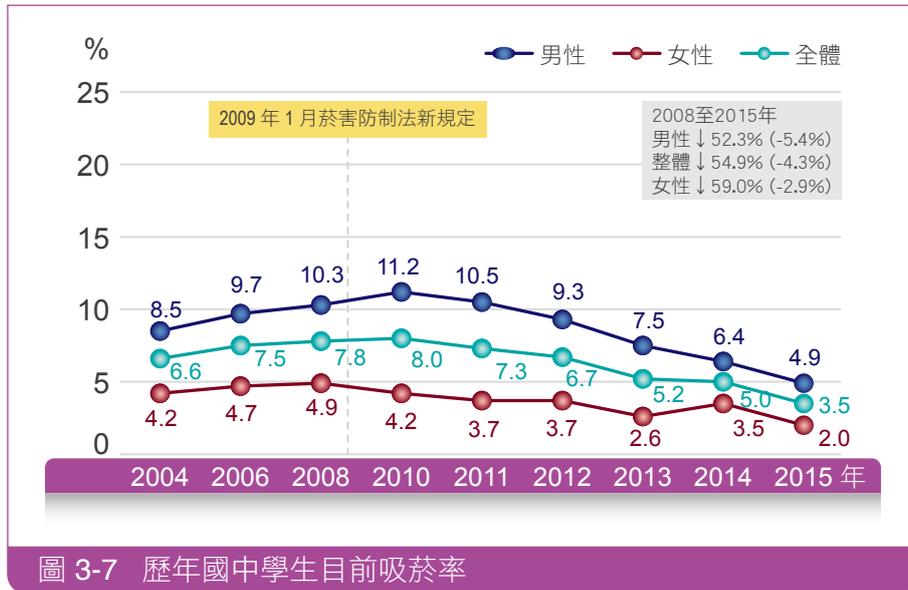
● 青少年學生吸菸行為調查

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 Youth 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」每年同步蒐集國中、高中職學生吸菸率及其對菸害相關認知、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。

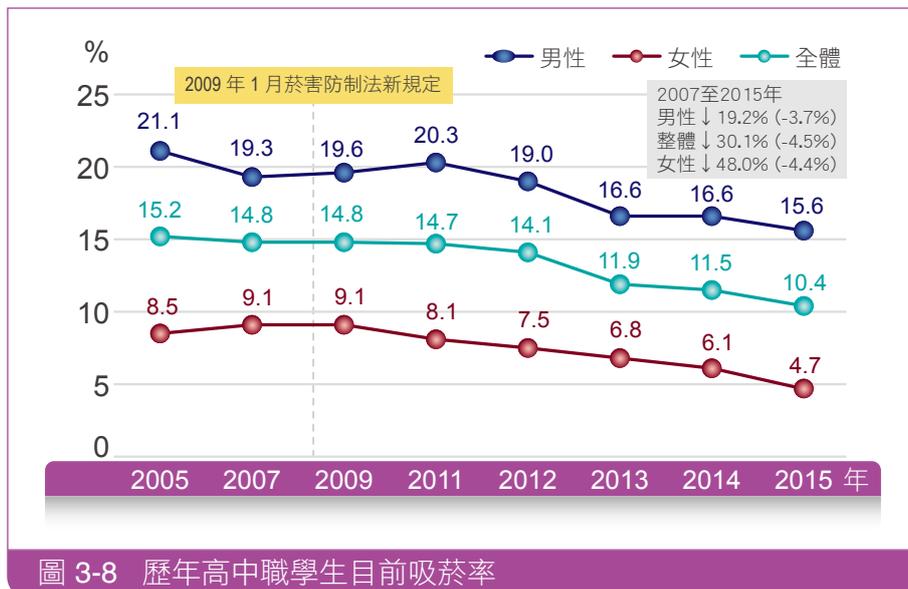
本調查所選取之樣本學生能代表全國與各縣市國中、高中、高職、五專一至三年級在校學生的情況，運用系統隨機抽樣法抽選出樣本學校，再抽選「樣本班級」，最後以樣本班級之全體學生為調查對象，2015 年調查中計抽取 50,958 名樣本學生（國中 24,046 名，高中職 26,912 名），以匿名自填問卷方式進行調查，完訪樣本數計 46,229 名（國中 22,192 名，高中職 24,037 名），完成率為 90.7%（國中占 92.3%，高中職占 89.3%）。

吸菸率

國中學生吸菸率由 2008 年的 7.8%（男生 10.3%，女生 4.9%）降至 2015 年的 3.5%（男生 4.9%，女生 2.0%），已經降低超過一半（54.9%）（圖 3-7）；另，高中職學生吸菸率由 2007 年的 14.8%（男生 19.3%，女生 9.1%）降至 2015 年的 10.4%（男生 15.6%，女生 4.7%），亦降低近三分之一（30.1%）（圖 3-8）。整體而言，國中及高中職學生吸菸率已獲控制，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。



- 註：
- 資料來源：國民健康署「青少年吸菸行為調查」，利用班級施測方式收集青少年吸菸相關資料，分析對象為國中學生。
 - 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。
 - 調查題目：在過去 30 天（一個月）內，您有幾天有吸紙菸？
 - 2004 至 2010 年調查，採取「國中」及「高中、高職及五專一至三年級」學生隔年輪換方式辦理。



- 註：
- 資料來源：國民健康署「青少年吸菸行為調查」，利用班級施測方式收集青少年吸菸相關資料，分析對象為高中職學生。
 - 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。
 - 高中職生定義：高中、高職及五專一至三年級學生（含夜間部）
 - 調查題目：在過去 30 天（一個月）內，您有幾天有吸紙菸？
 - 2005 至 2010 年調查，採取「國中」及「高中、高職及五專一至三年級」學生隔年輪換方式辦理。

進一步分析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 2.3%、11.8%、10.2%、37.6%（如圖 3-9），其中夜間部學生的目前吸菸率雖與歷年相比有逐年下降之趨勢，但仍屬偏高。



圖 3-9 歷年高中職學生不同學校類別之吸菸率

註：

1. 資料來源為國民健康署「青少年吸菸行為調查」，利用班級施測方式收集青少年吸菸相關資料，分析對象為高中職學生。
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。
6. 2005 至 2010 年調查，採取「國中」及「高中、高職及五專一至三年級」學生隔年輪換方式辦理。

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 1.9%、3.5%、5.2%，高中職一～三年級學生吸菸率分別為 9.1%、10.9%、11.0%（如圖 3-10）。

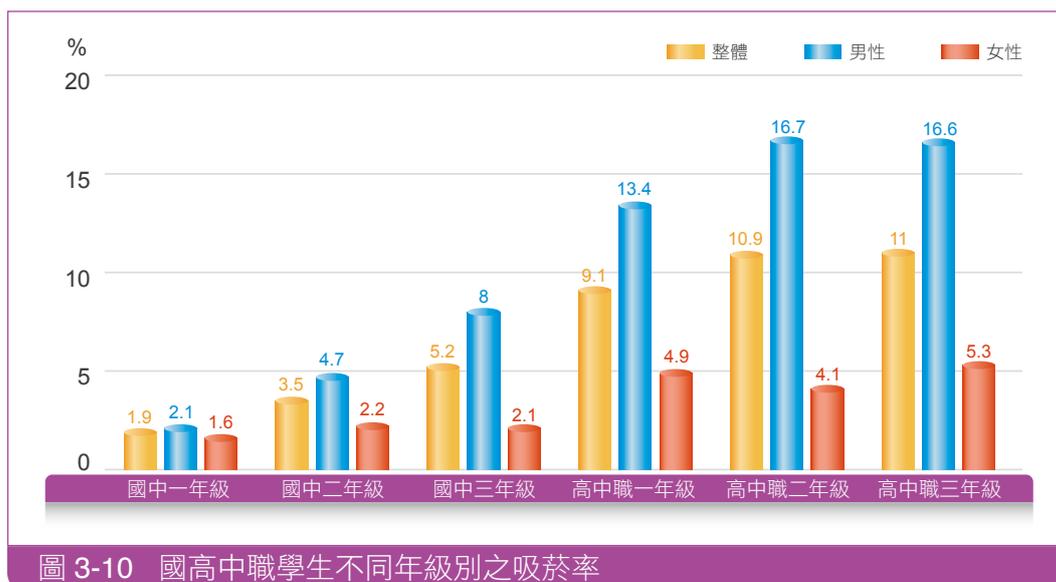


圖 3-10 國高中職學生不同年級別之吸菸率

註：

1. 資料來源為國民健康署 2015 年「青少年吸菸行為調查」，利用班級施測方式收集青少年吸菸相關資料，分析對象為全體。
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。



進一步挖掘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 年的國三學生吸菸率由 7.7% 上升為 2013 年高一生的 11.2%，上升幅度達 45.5%（如圖 3-11）；2013 年的國三學生吸菸率由 6.5% 上升為 2014 年高一生的 9.0%，上升幅度達 38.5%；2014 年的國三學生吸菸率由 6.1% 上升為 2015 年高一生的 9.1%，上升幅度達 51.1%，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。

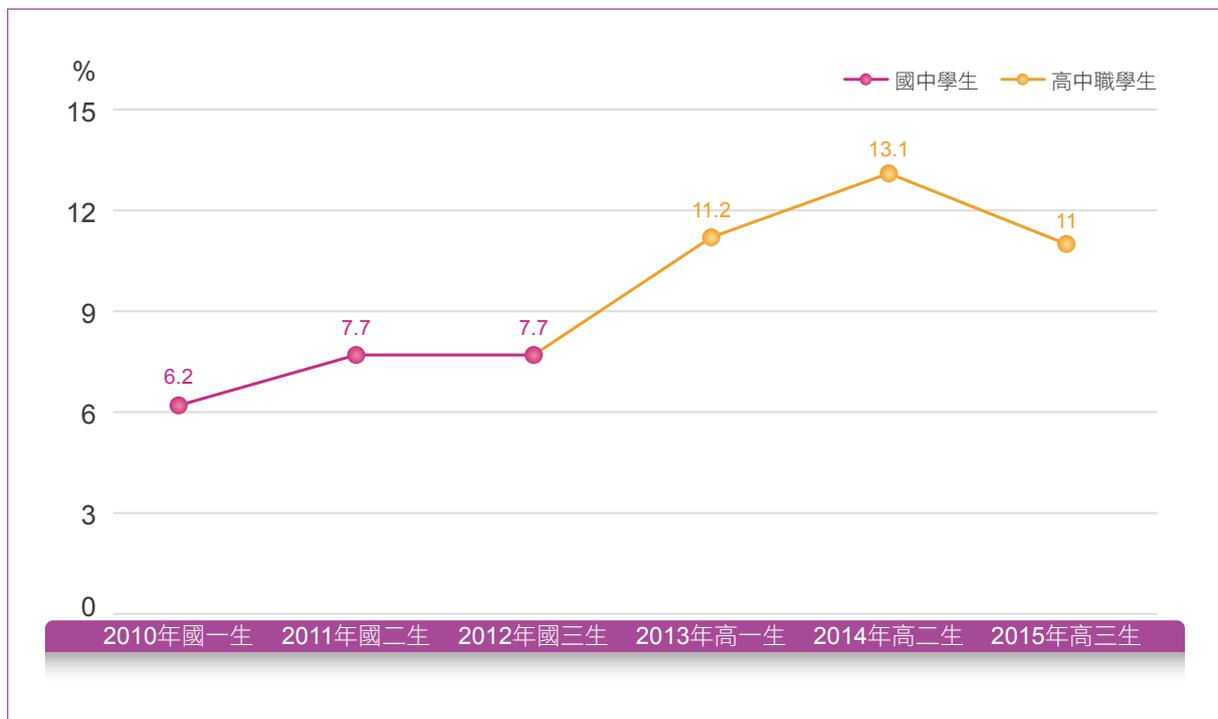


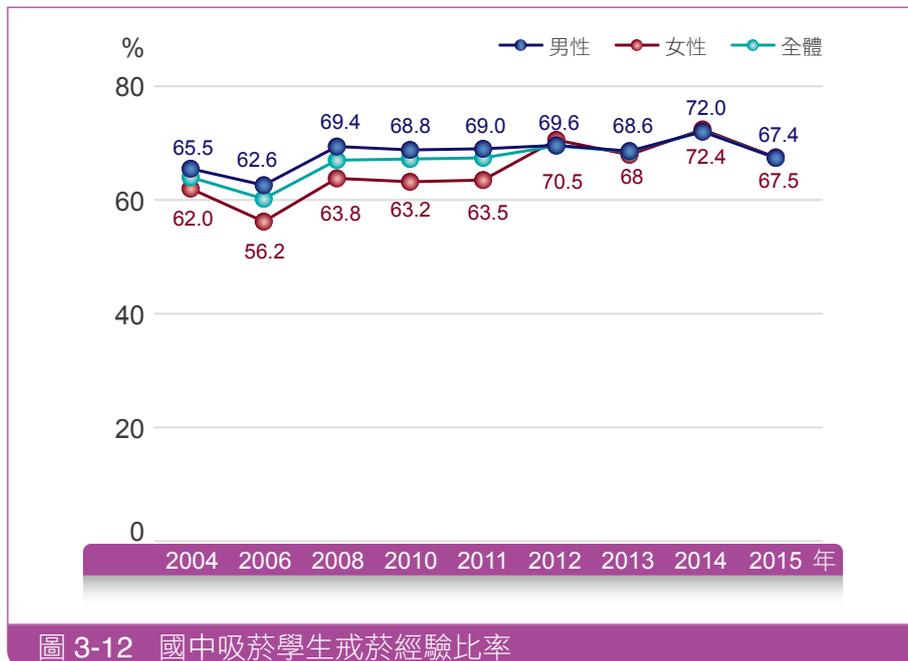
圖 3-11 國高中職學生歷年逐年級之吸菸率

註：

1. 資料來源為國民健康署歷年「青少年吸菸行為調查」，利用班級施測方式收集青少年吸菸相關資料，分析對象為全體。
2. 高中職生定義：高中、高職及五專一至三年級學生（含夜間部）。

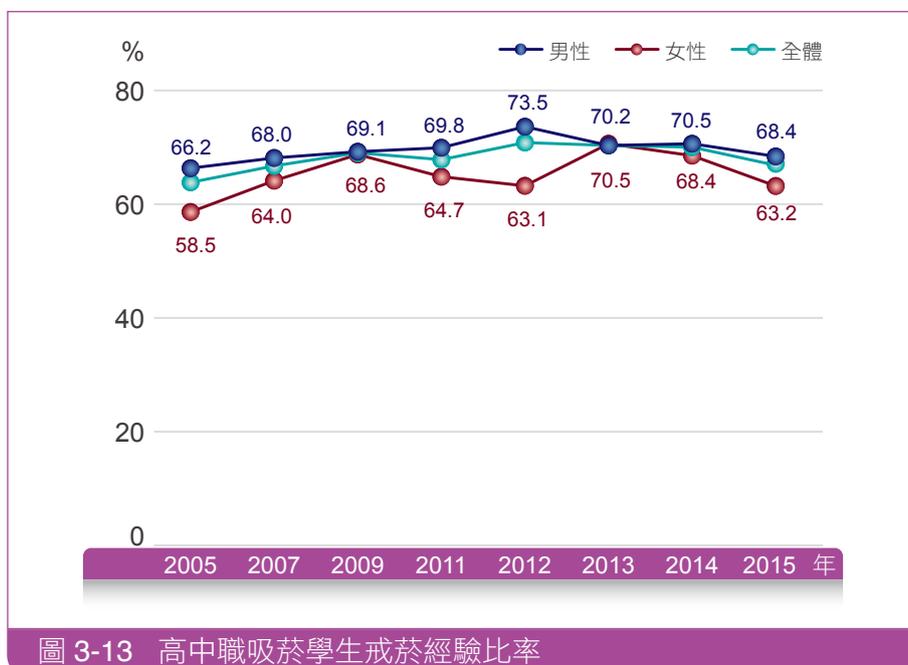
戒菸經驗、戒菸意圖

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，國中與高中職生約有 7 成吸菸學生表示在過去一年曾有戒菸經驗（圖 3-12、圖 3-13）。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 3-14、圖 3-15）。



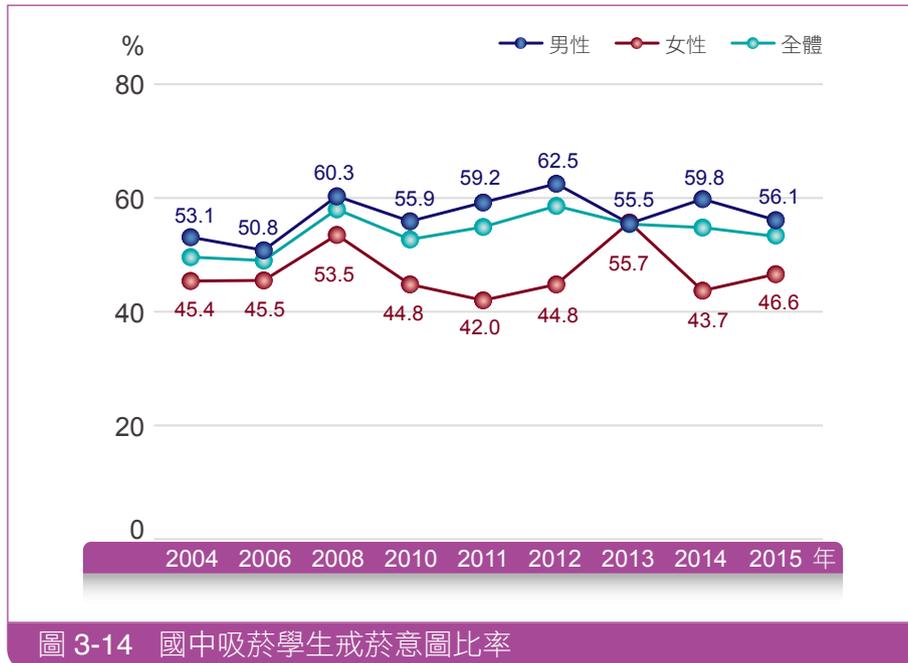
註：

1. 資料來源為國民健康署「青少年吸菸行為調查」，利用班級施測方式收集青少年吸菸相關資料，分析對象為國中學生。
2. 戒菸經驗定義：吸菸者在過去一年曾試過戒菸。
3. 調查題目：在過去 12 個月，您是否曾試過戒菸？
4. 2004 至 2010 年調查，採取「國中」及「高中、高職及五專一至三年級」學生隔年輪換方式辦理。



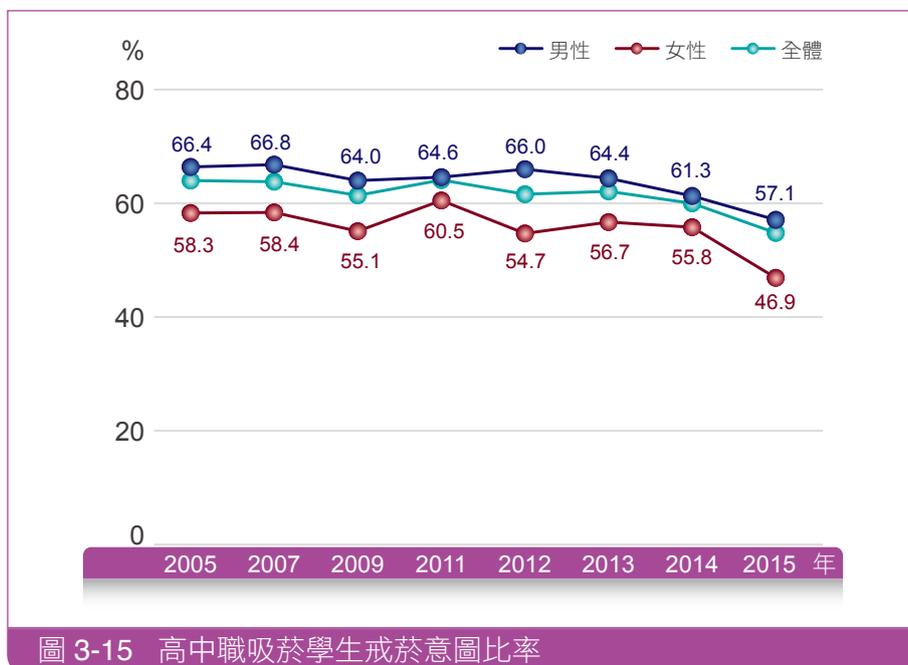
註：

1. 資料來源為國民健康署「青少年吸菸行為調查」，利用班級施測方式收集青少年吸菸相關資料，分析對象為高中職學生。
2. 戒菸經驗定義：吸菸者在過去一年曾試過戒菸。
3. 調查題目：在過去 12 個月，您是否曾試過戒菸？
4. 2005 至 2010 年調查，採取「國中」及「高中、高職及五專一至三年級」學生隔年輪換方式辦理。



註：

1. 資料來源為國民健康署「青少年吸菸行為調查」，利用班級施測方式收集青少年吸菸相關資料，分析對象為國中學生。
2. 戒菸意圖定義：目前吸菸者現在想戒菸。
3. 調查題目：您現在想不想戒菸？
4. 2004 至 2010 年調查，採取「國中」及「高中、高職及五專一至三年級」學生隔年輪換方式辦理。



註：

1. 資料來源為國民健康署「青少年吸菸行為調查」，利用班級施測方式收集青少年吸菸相關資料，分析對象為高中職學生。
2. 戒菸意圖定義：目前吸菸者現在想戒菸。
3. 調查題目：您現在想不想戒菸？
4. 2005 至 2010 年調查，採取「國中」及「高中、高職及五專一至三年級」學生隔年輪換方式辦理。

校園及校園外二手菸暴露率

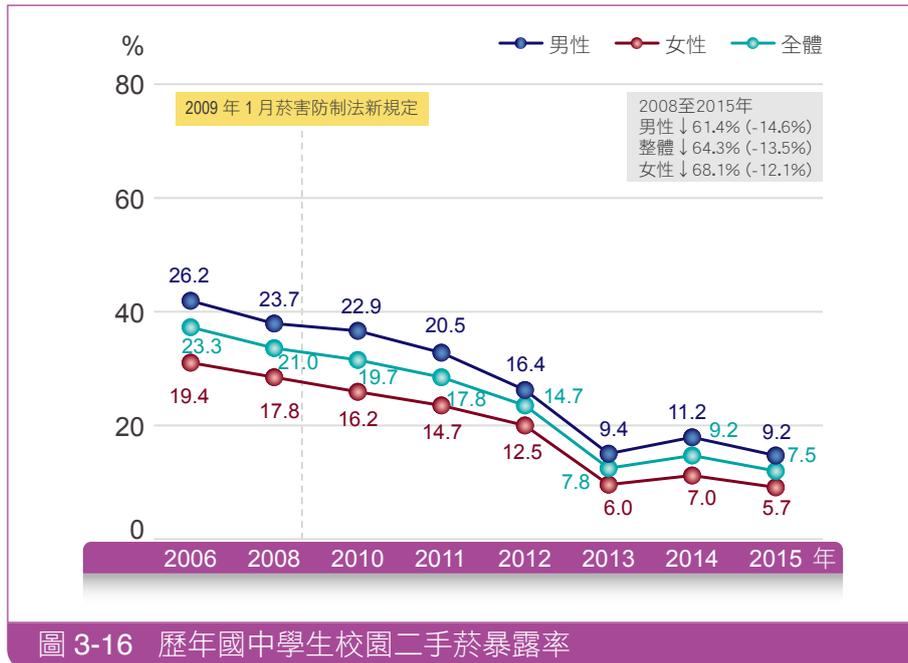
校園二手菸暴露情形已有改善，國中學生學校二手菸暴露率自 2008 年 21.0% 降至 2015 年 7.5%（圖 31-16）、高中職生則由 2007 年的 35.2% 降至 2015 年的 16.3%（圖 31-17），惟 2014 年校園二手菸暴露率為 7 年來首度微幅上升，2015 年略為下降。進一步分析發現，無論國中、高中職學校二手菸最主要來源為吸菸同學（國中 40.8%，高中職 63.3%），其次為其他校外人士（國中 39.9%，高中職 19.5%）、再其次為校內行政人員（國中 19.3%，高中職 17.2%）（圖 31-18）。依菸害防制法規定，高中職及以下學校本應全面禁菸，校園二手菸暴露情形雖有改善，但各級學校仍有努力空間。

雖然青少年在校園內二手菸暴露率已有明顯的改善，然而過去一年內，青少年公共場所之二手菸暴露率卻逐年增加，2015 年國中生校園外公共場所二手菸暴露率為 60.4%（男性 57.7%、女性 63.3%），較 2014 年 57.3%（男性 55.4%、女性 59.4%）增加；2015 年高中職學生校園外公共場所二手菸暴露率為 68.5%（男性 67.8%、女性 69.2%），也較 2014 年 65.6%（男性 64.2%、女性 67.1%）增加（如圖 31-19）。若進一步追問青少年的二手菸暴露天數，有近 2 成青少年天天暴露校園外公共場所二手菸（國中 11.9%，高中職 19.0%）（如圖 3-19），保護青少年公共場所二手菸暴露已是刻不容緩的工作。

菸害防制法已規範高級中等學校以下學校，及大多數室內公共場所全面禁止吸菸，惟未將校門口、人行道等戶外區域納入禁菸場所規範，因此，若有人於學校周邊人行道吸菸時，菸煙極易飄進校園內，危害師生健康，且師生、家長及民眾在行經學校周邊時，也會遭受二手菸害。依據 2015 年青少年吸菸行為調查發現，計有 65.0% 國中學生及 70.2% 高中職學生贊成校園外公共場所禁菸，例如遊樂場、人行道、各建築的出入口、公園或海灘等。

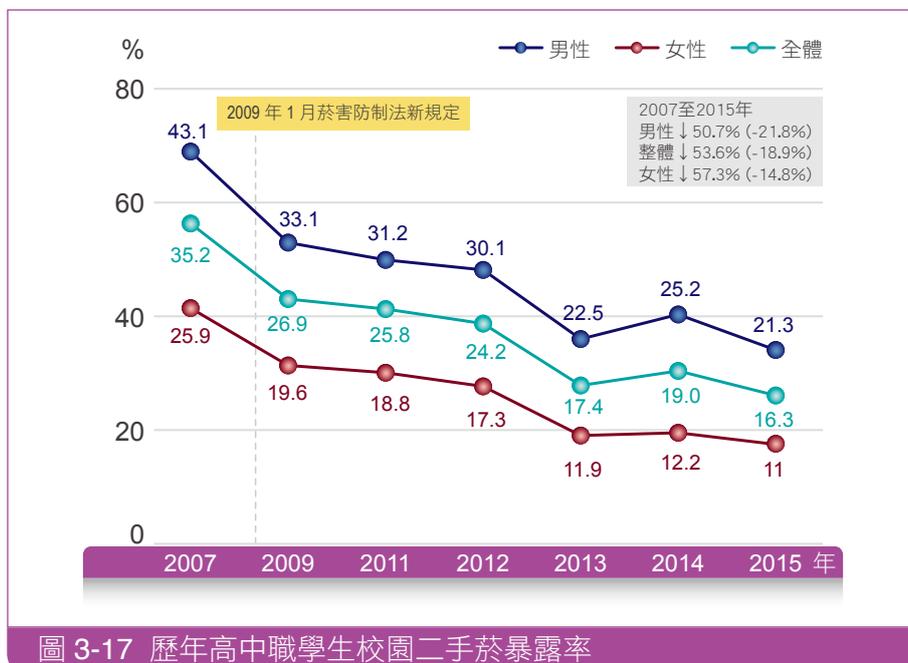
家庭二手菸暴露率

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，2015 年高中職生家庭二手菸暴露率為 33.0%（男性 32.4%，女性 33.5%）（如圖 3-20），國中生為 33.7%（男性 33.7%，女性 33.6%）（如圖 3-21），相較往年調查結果，青少年家庭二手菸暴露率已有改善，但青少年的家庭二手菸暴露率仍高（如圖 3-19）。



註：

- 資料來源：國民健康署「青少年吸菸行為調查」，利用班級施測方式收集青少年吸菸相關資料，分析對象為國中學生。
- 校園二手菸暴露定義：係指在過去一個禮拜內，在學校校園中有人在面前吸菸。
- 調查題目：在過去七天內，您在學校時，有人在您面前吸菸的天數有幾天？
- 2004、2005年無校園二手菸暴露資料。
- 2006至2010年調查，採取「國中」及「高中、高職及五專一至三年級」學生隔年輪換方式辦理。



註：

- 資料來源：國民健康署「青少年吸菸行為調查」，利用班級施測方式收集青少年吸菸相關資料，分析對象為高中職學生。
- 校園二手菸暴露定義：係指在過去一個禮拜內，在學校校園中有人在面前吸菸。
- 調查題目：在過去七天內，您在學校時，有人在您面前吸菸的天數有幾天？
- 2004、2005年無校園二手菸暴露資料。
- 2007至2010年調查，採取「國中」及「高中、高職及五專一至三年級」學生隔年輪換方式辦理。

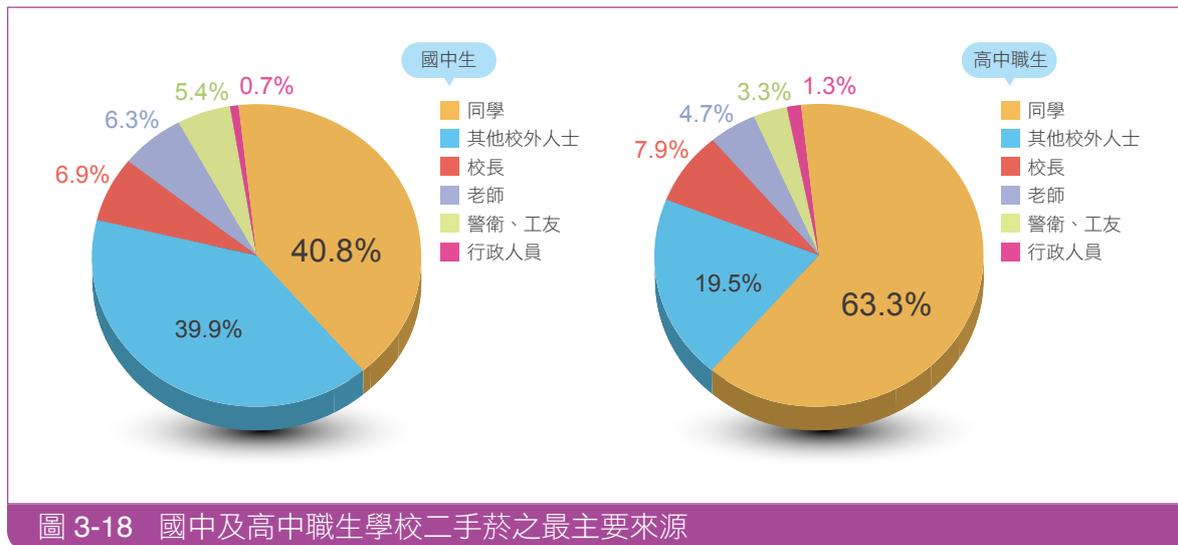


圖 3-18 國中及高中職生學校二手菸之最主要來源

註：

1. 資料來源：國民健康署 2015 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，最常在面前吸菸的人。
3. 調查題目：在過去七天內，您在學校時，最常在您面前吸菸的人是誰？

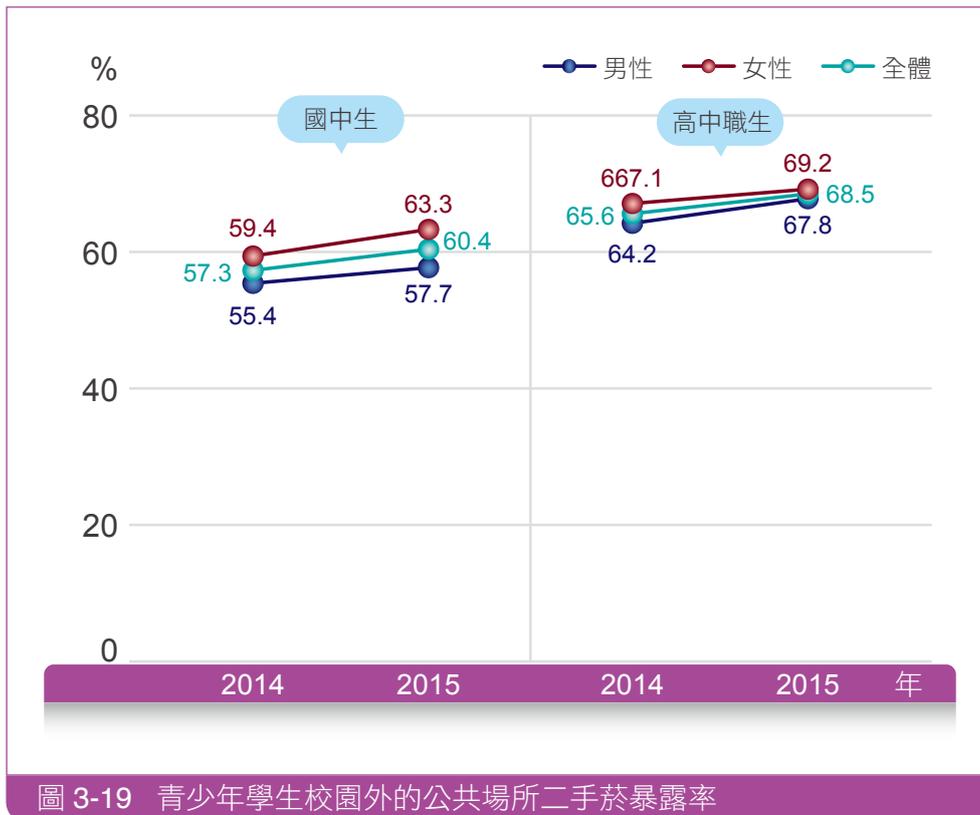
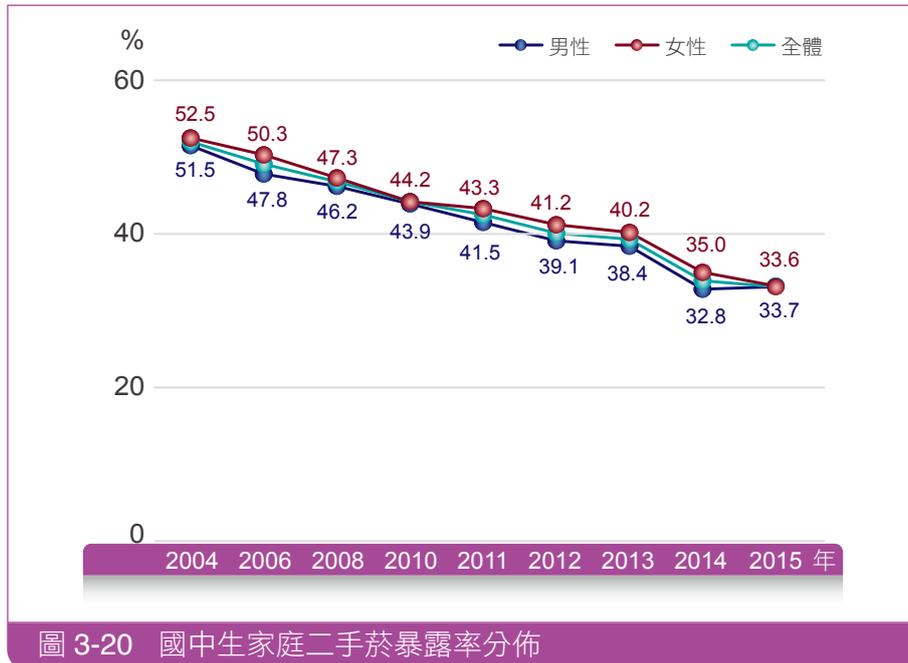


圖 3-19 青少年學生校園外的公共場所二手菸暴露率

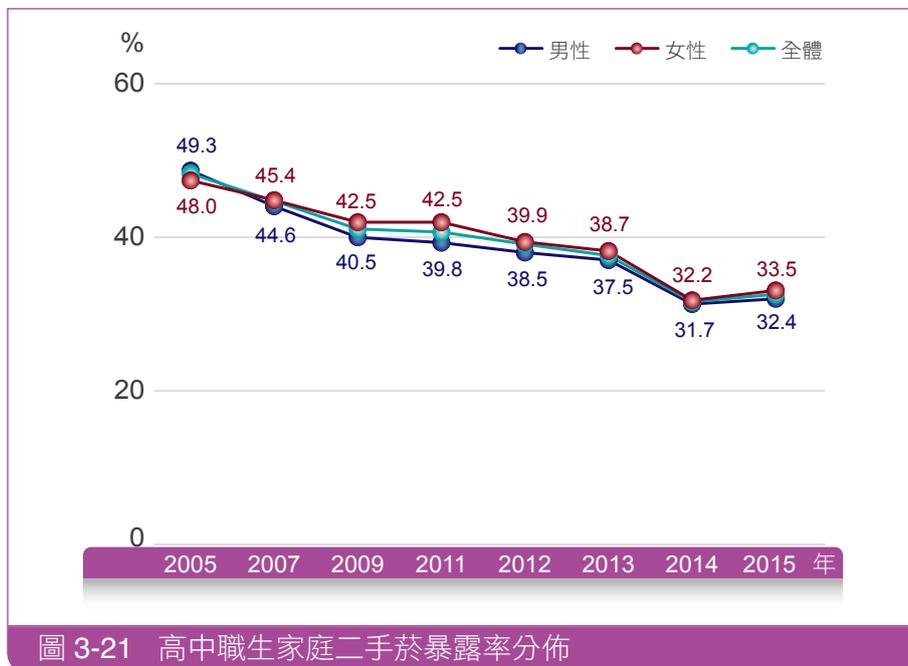
註：

1. 資料來源：國民健康署「青少年吸菸行為調查」。
2. 校園外的公共場所二手菸暴露定義：在過去七天內，在室外公共場所時有人在面前吸菸（例如：遊樂場、人行道、各建築的出入口、公園或海灘）。
3. 調查題目：在過去七天內，您在室外公共場所時，有人在您的面前吸菸的天數有幾天（例如：遊樂場、人行道、各建築的出入口、公園或海灘）？



註：

1. 資料來源：國民健康署「青少年吸菸行為調查」，利用班級施測方式收集青少年吸菸相關資料，分析對象為國中學生。
2. 家庭二手菸暴露定義：係指在過去一個禮拜內，在家中有人在面前吸菸。
3. 調查題目：在過去七天內，您在家時，有人在您的面前吸菸的天數有幾天？
4. 2004 至 2010 年調查，採取「國中」及「高中、高職及五專一至三年級」學生隔年輪換方式辦理。



註：

1. 資料來源：國民健康署「青少年吸菸行為調查」，利用班級施測方式收集青少年吸菸相關資料，分析對象為高中職學生。
2. 家庭二手菸暴露定義：係指在過去一個禮拜內，在家中有人在面前吸菸。
3. 調查題目：在過去七天內，您在家時，有人在您的面前吸菸的天數有幾天？
4. 2004 至 2010 年調查，採取「國中」及「高中、高職及五專一至三年級」學生隔年輪換方式辦理。

影響青少年吸菸行為的相關因子

家中父母至少有一人有吸菸的國中生和高中學生吸菸率各為 5.4% 和 14.0%，為父母均不吸菸的學生吸菸率（國中 1.8%，高中職學生 7.0%）約 2 至 3 倍（國中 2.9 倍，高中職學生 2.0 倍）。此外，在家中暴露於二手菸者，其曾經吸菸率、目前吸菸率及可能吸菸率均較未暴露者高，顯示家人吸菸對於青少年來說，可能間接被鼓勵吸菸行為，無菸家庭是必須特別重視，呼籲家長儘速戒菸，樹立好榜樣，不要使青少年因吸菸而輸在起跑點。

調查也發現，青少年有較多好友者，其目前吸菸率也呈現比較高之現象，例如有多數好友吸菸的國高中職學生吸菸率近 4 成（國中 34.6%，高中職學生 50.0%），為沒有或少數好友吸菸的學生吸菸率（國中 2.3%，高中職學生 5.8%）約 8 倍以上（國中 15.1 倍，高中職學生 8.6 倍）。在未曾吸菸學生中，調查顯示有 9.7% 的國中學生和 10.0% 的高中職學生表示，未來一年內好友提供紙菸時會吸，換言之，不少青少年學生深受來自朋友吸菸態度的影響。家長平時應關心孩子生活、零用錢花費、學校課業、朋友交往等情況，與孩子討論如何讓他們遠離可能邀約吸菸的人、時、地、物方法，如果有異狀的時候，要立即瞭解與處理，協助孩子能遠離這些吸菸危險因素，以順利戒菸。

● 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。

2014 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（2014 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）、444 個電視節目（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 247 個新聞節目，共計 14,820 分鐘之電視新聞內容（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，2015 年每部電影的平均菸品訊息露出次數為 18.44 次，較往年（2008～2014 年）平均次數上升（如表 3-1）。此外，2011 年到 2013 年，呈現出近 3 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，但 2014 年到 2015 年有些微攀升至 17-23 次（如表 3-2）。在 2015 年熱門電影中，《陳真精武風雲》（出現 163 次）是 2015 年所監測的 100 部電影中，菸品訊息露出最多電影外，也是華語片菸品訊息露出之冠。



表 3-1 電影菸品訊息露出情形：2008-2015 年之比較

項目	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
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%)	27 (27.0%)	43 (43.0%)
觀察片數	80	104	102	103	100	100	100	100
平均菸品訊息露出次數	21.3	26.8	27.8	14.1	12.28	11.95	16.96	18.44

表 3-2 2008-2015 年華語及外語片的菸品訊息露出比較

項目		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
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	13/32	16/26
	菸品訊息露出次數	512	511	239	163	151	171	226	363
	平均每部菸品訊息露出次數	34	39	34	14	10	10	17	23
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	14/68	27/74
	菸品訊息露出次數	491	1,174	623	332	426	356	321	536
	平均每部菸品訊息露出次數	15	24	26	14	13	17	23	20

表 3-3 2015 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
陳真精武風雲	163	輔導級	華語片
劍魚	111	輔導級	外語片
獄火重生	75	輔導級	外語片
哈比人意外旅程	67	保護級	外語片
酷英雄	57	輔導級	華語片
黑金	42	輔導級	華語片
刺激 1995	36	輔導級	外語片
警察故事 3 之超級警察	28	保護級	華語片
決勝焦點	16	輔導級	外語片
黃飛鴻之英雄有夢	16	輔導級	華語片

註：本表僅列出菸品訊息露出次數 15 次以上之電影。

該研究所抽取的 5 類電視節目類型（戲劇、卡通、綜藝、休閒 / 音樂與體育等）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，亦發現休閒類、綜藝類、體育類節目也出現在菸品訊息露出。從表 3-4 的研究發現可知，長壽卡通〈航海王〉系列的平均每集菸品訊息露出次數為 6.14 ~ 9.33 次；其次為卡通類的〈新名偵探柯南〉，從今年的菸品訊息監測亦可發現，每集亦有 2.00 次的菸品訊息露出。

表 3-4 電視節目集數 vs. 菸品訊息露出

電視節目	抽取集數	菸品訊息露出次數	平均每集菸品 訊息露出次數
航海王漁人島篇（台視，卡通類）	3	28	9.33
航海王（台視，卡通類）	14	86	6.14
新名偵探柯南（華視，卡通類）	5	10	2.00
哆啦 A 夢（華視，卡通類）	11	8	0.73
青春好 7 淘（三立台灣，休閒類）	5	3	0.60
大陸尋奇（中視，休閒類）	12	4	0.33
萬秀豬王（中視，綜藝類）	6	11	1.83
民視體育新聞（民視新聞台，體育類）	9	1	0.11
綜藝大集合（民視，綜藝類）	12	1	0.08

世界衛生組織在 2009 年發布的「無菸電影的科學證據與行動」白皮書中，提出電影出現吸菸畫面之建議措施包括：

- （一）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；
- （二）影片中不得出現可辨識的菸草品牌；
- （三）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；
- （四）將有出現菸品或吸菸鏡頭之影片列為限制級。

日前美國迪士尼影業宣布，旗下的漫威（Marvel）、皮克斯（Pixar）、盧卡斯（Lucas）等電影公司，針對 PG-13 與以下的電影，也就是 13 歲以下不適合觀看，或是必須要有父母陪同觀賞的分級影片，都將全面禁止出現吸菸畫面，此舉也使得部分美國影業公司正在考慮是否跟進。



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。從反菸訊息來看，2014 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 % 2014 年：16.9%；2015 年：12.1%）。

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。

● 菸品消耗量監測

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，雖然近年來全球各國吸菸率變化不大或者正在下降，但是由於人口增長，全世界吸菸者總數仍在增加，依



- 迪士尼影業針對 PG-13 與以下的電影，將全面禁止出現吸菸畫面。



- 知名長壽卡通菸品訊息畫面於「節目中」之警示情形。

據 2014 年菸草圖鑑，世界約 20% 的成年人吸菸。2009 年，吸菸者消費了近 5.9 兆支菸品，10 年來菸品消費增長了 13%。菸品消耗量過去在高收入國家最高，不過由於目標營銷、更高的社會接受度、持續的經濟發展以及人口增長，中低收入國家的菸品消耗量正持續增加。從 1990 年到 2009 年，西歐的菸品消耗量下降了 26%，但是同期中東和非洲的菸品消耗量增加了 57%。發生這種變化是由於高收入國家的人們越來越多瞭解了吸菸的危害以及政府繼續採取菸草控制之政策和執法。從全球來看，中低收入國家菸品消耗量的增加足以抵消高收入國家消費的減少。

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 2015 年的 29.9%，而成年女性吸菸率則下降至 3% 至 4% 左右。18 歲以上吸菸者每人每日吸菸量，從 2008 年的 19 支降至 2015 年 17.5 支，除 2013 年和 2015 年微升外，呈現下降的趨勢；推估 18 歲以上成人每人每年吸菸支數由 2008 年的 1,502.67 支降至 2014 年 975.4 支。至於 15 歲以上吸菸者每人每日吸菸量，從 2013 年的 19.3 支降至 2015 年 17.7 支；推估 15 歲以上國人每人每年吸菸支數由 2013 年的 1,222 支降至 2015 年 1,080 支，然因無法調查過去吸菸者以及目前吸菸者之過去吸菸支數情形，所以數量是低估情形。

另有關紙菸銷量，查財政部「國產及進口紙菸類總量表」，紙菸國產（含外銷數量）及進口總量由 2008 年 22.2 億包下降至 2009 年 19 億包、2010 年 18.9 億包、2011 年 18.7 億包、2012 年 18.7 億包，2013 年和 2014 年微升至 19.2 和 19.7 億包，2015 年再微降至 18.5 億包。若扣除外銷數量，則紙菸總量則由 2008 年 20.8 億包下降至 2009 年 17.7 億包、2010 年 17.6 億包、2011 年 16.9 億包、2012 年和 2014 年相同，微升至 17.5 億包、2014 和 2015 年降至 16.6 億包。

另再另依世界衛生組織的每年菸品消耗量（Per capita cigarette consumption）計算方式，我國 15 歲以上國人每人每年平均菸品消耗量，亦呈現逐年降低趨勢，從 2008 年 2,318 支降至 2009 年 1,970 支、2010 年 1,939 支、2011 年 1,892 支、2012 年 1,875 支，僅 2013、2014 年微升至 1,920 支、1,954 支，2015 年再微降至 1,824 支（如圖 3-22）。扣除外銷量，從 2008 年 2,177 支降至 2009 年 1,828 支、2010 年 1,802 支、2011 年 1,710 支、僅 2012、2013 年微升至 1,754 支、1,747 支，2014 和 2015 年降至 1,648 支及 1,638 支（如圖 3-22）。18 歲以上成人紙菸之消耗量及吸菸量關係亦顯示逐年下降趨勢（如圖 3-23）。



圖 3-22 15 歲以上國人紙菸消耗量及吸菸量之關係

註：

- 國人人均紙菸消費量 (扣除外銷數量) (支/人)：紙菸類數量 (扣除外銷數量) / 年底 15 歲以上人口數
- 國人人均紙菸消費量 (含外銷數量) (支/人)：紙菸類數量 (含外銷數量) / 年底 15 歲以上人口數
 - 紙菸類數量 (不含外銷數量) 定義：國產菸類完稅數量與進口菸類之紙菸類進口數量。
 - 紙菸類數量 (含外銷數量) 定義：國產菸類 (含外銷數量) 與進口菸類 (含自由港區進口數量) 之紙菸類數量，其中 2015 年外銷數量為 1.9 億包，占 10.2%。
 - 紙菸類數量資料來源：財政部財政資訊中心與財政部關務署提供之資料；<http://www.nta.gov.tw/web/AnnA/uptAnnA.aspx?c0=121&p0=3941> 之國產及進口紙菸類數量表。
 - 外銷數量資料來源：財政部關務署進、出口貨物數量；<https://portal.sw.nat.gov.tw/APGA/GA03> (含菸葉之紙菸 11 碼代碼為 24022000006)。
 - 國人人均紙菸消費量國際間的計算方法為：將紙菸消費總量除以 15 歲及以上人口總數。資料來源：2013 The Tobacco Atlas 4th Edition from the World Lung Foundation <http://www.tobaccoatlas.org/>
- 國人每人每年吸菸支數：所有 15 歲以上國人每人每年平均吸菸總支數 = (一個月之吸菸天數) × (有吸菸日子中之吸菸支數) × 12 月
 - 資料來源為國民健康署國人吸菸行為調查 (ASBS)，因 2013 年起始擴大調查對象為 15 歲以上之國人，故無法計算 2012 年及以前之資料。
 - 推估年度吸菸量係由目前吸菸者之最近一個月內之吸菸數，回推所有 15 歲以上國人每人每年平均吸菸總支數，因無法調查過去吸菸者以及目前吸菸者之過去吸菸支數情形，所以數量是低估情形。



圖 3-23 18 歲以上成人紙菸消耗量及吸菸量之關係

註：

- 成人人均紙菸消費量 (扣除外銷數量) (支/人)：紙菸類數量 (扣除外銷數量) / 年底 18 歲以上人口數
- 成人人均紙菸消費量 (含外銷數量) (支/人)：紙菸類數量 (含外銷數量) / 年底 18 歲以上人口數
 - 紙菸類數量 (不含外銷數量) 定義：國產菸類完稅數量與進口菸類之紙菸類進口數量。
 - 紙菸類數量 (含外銷數量) 定義：國產菸類 (含外銷數量) 與進口菸類 (含自由港區進口數量) 之紙菸類數量，其中 2015 年外銷數量為 1.9 億包，占 10.2%。
 - 紙菸類數量資料來源財政部財政資訊中心與財政部關務署提供之資料；<http://www.nta.gov.tw/web/AnnA/uptAnnA.aspx?c0=121&p0=3941> 之國產及進口紙菸類數量表。
 - 外銷數量資料來源：財政部關務署進、出口貨物數量；<https://portal.sw.nat.gov.tw/APGA/GA03> (含菸葉之紙菸 11 碼代碼為 24022000006)。
 - 成人人均紙菸消費量國際間的計算方法為：將紙菸消費總量除以 18 歲及以上人口總數。資料來源：2013 The Tobacco Atlas 4th Edition from the World Lung Foundation <http://www.tobaccoatlas.org/>
- 成人每人每年吸菸支數：所有 18 歲以上成人每人每年平均吸菸總支數 = (一個月之吸菸天數) × (有吸菸日子中之吸菸支數) × 12 月
 - 資料來源為國民健康署國人吸菸行為調查 (ASBS)。
 - 推估年度吸菸量係由目前吸菸者之最近一個月內之吸菸數，回推所有 18 歲以上成人每人每年平均吸菸總支數，因無法調查過去吸菸者以及目前吸菸者之過去吸菸支數情形，所以數量是低估情形。

2014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%，在中低收入國家則影響更大。另，不包含其他菸草干預措施，僅單純採取全面禁止菸品廣告和促銷一項措施，即可使菸品消耗量降低約7%，部份國家的菸品消耗量下降16%。而美國擁有全面無菸法律的州，每人每年平均菸品消耗量水平相對低5%至20%。另，根據澳洲政府健康部門報告，菸品消費量自2011年實施禁止菸品展示與2012年實施菸盒素面包裝後，菸品銷售於2013年下降了3.4%，吸菸率也創下近年最大的下降幅度，且走私未增加，零售商所受衝擊亦甚小。美國第二大藥品零售商CVS Caremark，7,700家CVS零售店，於2014年9月3日宣布全面停止販售菸品，成為全美創下先例的大型藥品零售商，此舉贏得美國社會大眾的大力支持。而臺灣義美食品亦於2015年4月2日宣布全台88家門市，菸品將陸續下架，成為國內首家不賣菸的連鎖通路業者。

我國證據與其他先進國家相似，也是多管齊下的菸害防制策略是有效的，特別是自2009年1月11日菸害防制法新規定生效上路以來，逐步擴大禁菸場所範圍、實施新版菸品健康警示圖文、嚴禁菸品廣告、提高菸捐、推動二代戒菸全面多元服務等，都能有效降低菸品消耗量。然而近年成人每人每年平均吸菸總支數上升，主因可能為菸捐稅久未調漲。過低的菸價，不但容易間接導致年輕與弱勢者吸菸率回升，低菸價也較不容易促使產生戒菸動機，特別是重度成癮者吸菸者可能完全不想戒菸，進而維持其吸菸量甚至增加。

根據Hughes等人於2000年發表於Cancer Journal for Clinicians之研究顯示，僅靠自己意志力戒菸，一年後的戒菸成功率約5%；利用戒菸服務戒菸，一年後的戒菸成功率約25%；顯示有專業協助人員與使用戒菸藥物戒菸的成功率，是僅靠自己意志力戒菸成功率5倍。因此本署將持續推動二代戒菸、戒菸專線、縣市衛生局戒菸班等多元戒菸服務，營造無菸環境、推動修法以提高菸捐，加大警示圖文面積，與禁止菸品展示，以共同維護國人健康。

● 電子煙防制監測及管理

電子煙為新興產品，係以電能驅動霧化器，加熱煙液（彈）內液體為煙霧，該液體混有尼古丁、丙二醇及其他香料等，可提供使用者吸食之新型器具。由於尼古丁（Nicotine）兼具「成癮性物質」及「戒菸輔助劑藥品之成分」兩種特性，而「電子煙」大多含有尼古丁成分，我國爰於98年3月起將電子煙納入藥品管理。電子煙是全球新興健康危害議題，尤其在網購便利的時代，各國均非常難以管制。世界衛生組織呼籲各國對電子煙應嚴加管理，以保護青少年免於電子煙與菸品的危害。當前電子煙以青少年為行銷對象，而青少年比成年人更易受影響。電子煙也可能成為青少年新的入門毒品，故應預防青少年藉由電子煙接觸非法藥物進而預防青少年犯罪。



為保護國人健康及防範電子煙氾濫，政府已啟動跨部會防制於 2015 年 6 月 22 日及 2016 年 3 月 3 日邀集法務部、內政部、財政部、行政院海岸巡防署、國防部、交通部、教育部及本部等單位，召開「防範電子煙氾濫跨部會會議」，強化各部會之分工，從邊境攔檢、溯源追查、流通稽查、監控管理、宣導傳播及戒治輔導等各方面著手，全面防制電子煙之危害。

(一) 邊境攔檢：

1. 食品藥物管理署業於 2013 年 12 月 2 日函請財政部關務署轉知所屬機關單位，請其強化電子煙邊境稽查。並不定期提供財政部關務署「檢出含尼古丁成分之電子煙產品名稱一覽表」，以加強管制電子煙產品之輸入。為遏止電子煙非法流入，本部將持續與財政部關務署合作，避免電子煙循不法管道輸入國內，以共同加強邊境管理。
2. 政務關務署所轄各關 2015 年於通商口岸緝獲電子煙及其相關物品案件計 895 案，其中電子煙 15,866 支、煙油補充包 50,275 包、其他相關物品 2,115 件。行政院海岸巡防署查獲電子煙油計 3 案、32.9 公升。

(二) 溯源追查及流通稽查：

1. 食品藥物管理署自 2014 年 3 月 17 日起函請地方政府衛生局針對電子煙進行加強稽查作業。
2. 食品藥物管理署自 2011 年開始受理電子煙產品之檢驗，2014 年起加強查緝電子煙，2015 年透過跨部會合作機制，各單位送驗檢體數量急遽增加。統計 2015 年檢驗件數已達 2,134 件，其中 1,428 件含尼古丁，尼古丁檢出率為 66.9%。
3. 若電子煙似菸品形狀，則違反菸害防制法第 14 條規定，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。違者，製造或輸入業者可處新臺幣 1 萬元以上 5 萬元以下罰鍰，販售業者可處新台幣 1 千元以上 3 千元以下罰鍰。2009 ~ 2015 年 12 月各縣市衛生局計稽查 124 萬 1,331 次，處分 240 件，計罰鍰 64 萬 2,500 元整。其中電子煙產品稽查占 166 件，處分 99 件，計罰鍰新台幣 22 萬 1,500 元整。
4. 食品藥物管理署將電子煙納入聯合取締小組各部會執行將電子煙查緝納入不法藥物稽查計畫及持續督導各縣市衛生局，並適時發布電子煙查核及檢驗統計資訊，以提醒國人注意電子煙所含成分對健康之影響。
5. 國防部憲兵指揮部所屬臺北憲兵隊計查獲 1 例持有含毒品之電子煙違規案件，已移送臺灣新北地方檢察署續辦。
6. 教育部於 2015 年 12 月 7 日函請各大專校院，協助追查校園電子煙來源，防制校園其他學生遭受電子煙戕害。

(三) 監控管理：

1. 食品藥物管理署持續監控透過網際網路傳遞之國內中文入口網站或購物網站刊登之違規廣告，倘查獲疑涉違規，依法交下地方政府衛生局處辦。2015 年監測與電子煙相關之疑似違規廣告，透過網際網路共監看網頁 2,501 次以上，疑似違規廣告共 309 件，其中 26 件依菸害防制法處罰鍰計 2.6 萬元，20 件依藥事法移送司法偵辦，1 件依藥事法行政罰鍰，裁罰 2 萬元，117 件經查證無違規，12 件行政指導結案，94 件資料疑涉不實，無法進行後續交查動作，案件以刊登下架結案，39 件尚在處辦中。
2. 利用「青少年吸菸行為調查」及「國人吸菸行為調查」瞭解吸菸者使用電子煙之情形。依本署最新調查結果顯示，雖然青少年吸菸率已顯著下降，然而這 2 年內青少年吸食電子煙比率卻逐年增加，2015 年國中生電子煙吸食率為 3.0%，較 2014 年 2.0% 增加近一半（49.5%）；2015 年高中職學生電子煙吸食率為 4.1%，較 2014 年 2.1% 增加近 1 倍（95.9%）。另，2015 年 18 歲以上成人目前吸食電子煙的比率為 0.9%。

(四) 宣導傳播及戒治輔導：應用多元媒體，廣播、電視、報章雜誌、網路、官方網站及 Facebook 等社群網站，加強電子煙對自己或身邊的人可能造成嚴重傷害宣導，請民眾千萬不要使用，並提升對電子煙危害之認識。

衛生福利部：

1. 食品藥物管理署於 2015 年 3 月 23 日發布新聞稿「解開電子煙之秘密」，針對 2014 年電子煙產品檢驗成果說明，並向民眾說明電子煙的危害，提醒民眾勿輕易嘗試。另於 2015 年 4 月份開始在食品藥物管理署官方網站之消費者專區\不合格產品專區，每月定期公布電子煙不合格產品資訊，建議消費者不要使用該等產品。
2. 國民健康署不定期透過媒體發布新聞及召開記者會宣導，電子煙並非合法藥物或菸品，其成分除尼古丁外，在國內外亦曾多次查出含有其他有害物質，包括：安非他命、大麻、甲醛、乙醛等，對自己或身邊的人可能造成嚴重傷害，請民眾千萬不要使用；業者販賣該產品已明顯違法，請各地方政府衛生局加強稽查，也請業者不要觸法。另想戒菸的民眾應尋求有效的戒菸管道，避免誤信偏方而耽誤戒菸時機，請即撥打免費戒菸專線 0800-63-63-63，或洽合約醫療院所、社區藥局或各地方政府衛生局所辦理之戒菸班，由專業人員協助戒菸。
3. 2015 年迄今業已提供內政部警政署、教育部、交通部、法務部辦理電子煙防制知能教育訓練課程教材，進行電子煙防制知能宣導。
4. 刻規劃運用廣播廣告、網路 Banner、社群網絡等平台宣導「電子煙違法又傷身」。



教育部：

1. 辦理學校人員教育訓練或研習課程，強化其電子煙防制知能。
2. 納入推動校園藥物濫用防制及菸害防制教育宣導。
3. 建請學校納入校規規範管理，禁止教職員工生攜帶及吸食電子煙。
4. 如發現學生吸食或攜帶電子煙，協請相關單位追查校園電子煙來源，並協助電子煙戒治諮商、輔導，若其成分含有尼古丁，則轉介醫療單位施行二代戒菸治療服務；若其成分含有毒品，則比照「防制學生藥物濫用三級預防輔導作業流程」辦理。

▶ 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。

2015 年抽查市售 6 種國產紙菸、27 種進口紙菸及 7 種大陸進口共 40 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中有 1 件菸品之焦油含量超過《菸害防制法》所定之最高含量規定，依菸酒管理法第 7 條規定，輸入劣菸者，處新台幣 30 萬元罰鍰。

依 1995 年至 2015 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，其中逾 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框架公約於第 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」並於2012年修正6、9、10條條文，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。

2015年辦理菸品資料申報業者總計有70家，共申報4,044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。2015年度裁處2件，裁處金額計20萬。

為方便申報資料之管理，本署自2009年起委託辦理菸品成分資料網站相關計畫，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；對民眾公開之申報資料部分，則建置於菸品成分資料網站，並供一般民眾查詢，以揭露菸品成分、添加物、排放物及其相關毒性資料。且為提供民眾更立即性的查詢，本署於2014年11月16日公告全面採用新版「菸品資料申報系統」，由菸品製造及輸入業者自行上傳對民眾公開申報資料。該網站自2010年4月開放至2015年總瀏覽人次為17萬9,677，2015年瀏覽人次為9,358。



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

► 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框架公約」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。

「菸害防制政策研究之國際合作計畫」為 3 年期計畫，自 2011 – 2013 年持續進行研究，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。

本研究已有 7 篇學術論文刊登於 SCI 與 SSCI 期刊，完成之計畫工作如下：

核心子計畫根據 WHO 國際比較的架構，評估臺灣菸害防制政策。針對臺灣菸害防制體制進行組織架構分析。建立國際菸害防制之學術合作網絡。辦理研究成果之國際學術發表會。彙整子計畫研究結果，提出未來菸害政策規劃建言。

第一子計畫以 4 項研究主題，進行菸品健康經濟學分析：（1）探討菸害防制政策與菸害經濟負擔，（2）菸品健康健康捐對於菸品市場與消費行為的影響，（3）菸害防制法修正的實施後對於降低非吸菸者二手菸暴露之成效，（4）多重菸害防制政策對吸菸者行為的影響。

表 3-5 學術論文發表

序號	年度	發表名稱	期刊名稱	作者
1	2012	Disposable income with tobacco smoking among young adolescents in Taiwan. A multilevel analysis	Journal of Adolescent Health	Chen CY, Lin IF, Huang SL, Tsai TI, Chen YY.
2	2013	Impact of tobacco control policies on adolescent smoking : findings from Global Youth Tobacco Survey in Taiwan	Addiction	Huang SL, Lin IF, Chen CY, Tsai TI.
3	2014	Impact of the 2009 Taiwan Tobacco Hazards Prevention Act on Smoking Cessation	Addiction	Chang FC, Sung HY, Zhu SH, Chiou ST.
4	2014	The costs of smoking and secondhand smoke exposure in Taiwan : a prevalence-based annual cost approach	BMJ Open	Sung HY, Chang LC, Wen YW, Tsai YW.
5	2014	Clinical Benefits of Smoking Cessation in Reducing All-cause and Disease-Specific Mortality among Older People in Taiwan : A 10-Year Nationwide Retrospective Cohort Study	European Geriatric Medicine	Chang LC, Loh EW, Tsai YW, Chiou ST, Chen LK.
6	2014	Facilitators and Barriers to Effective Smoking Cessation : Counselling Services for Inpatients from Nurse-Counsellors' Perspectives – A Qualitative Study	International Journal of Environmental Research and Public Health	Li IC, Lee SY D., Chen CY, Jeng YQ, Chen YC.
7	2014	The Impact of Smoke-free Legislation on Reducing Exposure to Secondhand Smoke : Differences across Gender and Socioeconomic Groups	Tobacco Control	Tsai YW, Chang LC, Sung HY, Hu TW, Chiou ST.



第二子計畫完成 4 項研究主題：（1）青少年的零用錢與菸品消費行為學術論文。（2）探討 2009 年菸害防制法修正之政策推行，對國中青少年吸菸盛行率的影響，（3）以及對高中職學生吸菸行為的影響。（4）青少年吸菸行為質性研究，探討青少年吸菸行為的發生原因，和可能影響青少年試圖戒菸的因子。

第三子計畫完成之 3 項研究子題為：（1）探討門診戒菸治療服務及戒菸成功與否對健保資源耗用之影響；（2）針對二代戒菸服務中新增服務項目進行研究初探；（3）探討各級醫院吸菸病人對於戒菸衛教諮詢服務需求與現況差異分析。

● 參與世界衛生組織菸草控制框架公約

「世界衛生組織菸草控制框架公約」（FCTC）於 2005 年 2 月 17 日生效，為全球第一個公共衛生公約，至 2015 年計有 180 個國家批准該公約成為締約方，係全世界最多國家簽署的衛生公約；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，並輪流於世界衛生組織不同區域召開締約方會議，截至 2015 年底為止，已召開 6 次締約方會議。（第 1 次：2006 年 2 月 6 日至 17 日於瑞士日內瓦，第 2 次：2007 年 6 月 30 日至 7 月 6 日於泰國曼谷，第 3 次：2008 年 11 月 17 日至 22 日於南非德班，第 4 次：2010 年 11 月 15 日至 20 日於烏拉圭東岬，第 5 次：2012 年 11 月 12 日至 17 日於南韓首爾，第 6 次：2014 年 10 月 13 至 18 日，於俄羅斯莫斯科）。

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 年通過菸害防制法修法，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。

為消除菸品非法貿易，FCTC 於 2012 年 11 月，第 5 次締約方會議期間通過《消除菸品非法貿易議定書》（Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products），創下全球對抗菸草商品的非法貿易的新里程碑，為 WHO FCTC 通過的第一個議定書，將遵循議定書內容，建立全球菸品追蹤和調查系統，並致力於證照許可制、責任制、資訊分享，和法律面協助等，截至 2015 年 12 月底為止，僅有 13 個締約方正式批准簽署，致該議定書尚未生效（需達 40 個締約方簽署方能生效）。為加強推動防制菸品非法貿易，WHO 將 2015 年的世界無菸日主軸

訂為「制止菸品非法貿易」，強調落實追蹤系統、建立販菸執照制度及加強國際合作是最有效制止菸品非法貿易的行動。

第 6 次締約方會議於 2014 年 10 月 13 日至 18 日，於俄羅斯莫斯科召開，討論議題包括無煙菸品、電子煙及水煙之管制及預防，各國落實公約第 5.3 條有關避免菸草產業干擾之現況及挑戰，菸品成分管制與揭露部分準則，菸草經濟上可持續替代生計性作物等，並通過公約第 6 條有關菸草價格和稅的實施準則。

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

2015 全球無菸健康照護網絡年會暨研討會

「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 22 個國家（包含 22 個會員與 16 個副會員）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 198 家醫院加入，其中有 11 家醫院榮獲國際金獎殊榮，為全球獲獎最多的國家。「全球無菸健康照護服務網絡（ENSH-Global Network for Tobacco Free Health Care Services）」2015 年年會暨研討會在挪威奧斯陸舉行，今年適逢該網絡理事會改選，臺灣無菸醫院網絡代表國民健康署署長邱淑媿推薦的健康教育及菸害防制組代理組長羅素



● 全球無菸健康照護服務網絡 2015 年會員大會理事選舉



● 吳憲林醫師代表臺灣於全球無菸健康照護服務網絡會員大會分享臺灣戒菸電子轉介系統的成效



英高票榮獲理事席位，這樣的殊榮與實質參與別具意義，更代表我國菸害防制與無菸醫院成果已獲國際肯定，讓世界看見臺灣。研討會中並由基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院吳憲林醫師代表臺灣分享臺灣戒菸電子轉介系統的成效，會中討論熱烈，尤其對於醫護人員在醫療過程使用系統的流程及戒菸服務成效，獲得國際與會人員一致肯定。運用現代科技，臺灣已成功將戒菸治療與各醫療服務服務予以整合，提供以人為中心的戒菸服務。

辦理「2015年菸草控制框架公約國際研討會」

本署於2015年10月26日-27日假臺灣大學辦理「2015年菸草控制框架公約國際研討會」，邀請來自紐西蘭、美國、瑞士及印尼等17位國內外專家演講，進行菸害防制執行經驗與法令政策之交流與分享。本次研討會議題包括「菸草訴訟、菸商責任及法律實務」、「防止菸商干擾菸草管制」、「執行FCTC之公眾參與及人權」、「電子煙及其管制體制」及「菸草控制、爭端解決及條約體系間之法律適用」等，鑑於本次討論議題涉及跨部會事務，於10月27日「電子煙及其管制體制」及「菸草控制、爭端解決及條約體系間之法律適用」兩場議題，分別邀請食品藥物管理署及財政部國庫署派員擔任議題與談人。與會者透過議題演講及討論，了解目前全球菸害控制之最新議題，同時針對各國執法及政策現況進行交流分享，與會貴賓均表示獲益良多，並肯定我國之菸害防制成效。



● 2015年10月26日 2015 菸草控制框架公約國際研討會大合照

另，會後國民健康署亦與紐西蘭奧克蘭大學公共衛生學 Dr. Bullen 教授展開有關電子煙管理制度之對談，分享兩國有關電子煙執法與管理之現況。Dr. Bullen 教授指出，面對此類風險不確定的新興產品，在制定政策時必須保有彈性，並與時俱進地配合科學研究的最新進展調整管制策略，本次研討會及對談會議之討論成果，可作為修正我國菸害防制之重要參考依據。

本年度首次開放論文投稿，期望能有更多菸害防制研究領域之年輕學者參與，共收到來自美國、瑞士、印尼及國內學者稿件共5件，最後由瑞士日內瓦國際發展研究院 Dr. Katayoun Hosseinnejad 博士獲選為優秀論文，除邀請來臺演講及交流，並頒發優秀論文獎狀以資獎勵。

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 2015 年雖已降至 29.9% 及 4.2%，國中和高中職吸菸率也分別降至 3.5% 及 10.4%，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，雖然民眾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。

我國為呼應 WHO 為控制非傳染病設定 2025 年減少 30% 吸菸率之目標，未來，國民健康署將吸取其他國家推動經驗並持續凝聚國人共識，推動全方位菸害防制政策，例如：逐步擴大禁菸場所範圍、實施新版菸品健康警示圖文並檢討合適的面積、嚴禁菸品廣告、推動二代戒菸全面多元服務等，並積極採取多管齊下的菸害防制策略，以維護國人健康，營造無菸臺灣、邁向無菸世代。

5 附錄

▶ 菸害防制法

2009 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。
 - 五、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：
- 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。

- 第 4 條 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。
菸品健康福利捐由菸稅稽徵機關於徵收菸稅時代徵之；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。
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。
- 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刊載者，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（2015.10.15）
- 戒菸教育實施辦法（2008.2.22）
- 戒菸服務補助獎勵辦法（2008.2.22）
- 菸品尼古丁焦油含量檢測及容器標示辦法（2013.8.20）
- 室內吸菸室設置辦法（2008.5.29）
- 販賣菸品場所標示及展示管理辦法（2008.6.23）
- 菸害防制及衛生保健基金收支保管及運用辦法（2011.9.8）
- 菸品資料申報辦法（2012.8.8）

▶ 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)



日期	內容
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於酒稅法第22條移列至於害防制法第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2005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
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。

日期	內容
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（有關於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條修正案有關於菸捐金額、評估機制等，衛生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。
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。



日期	內容
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2008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」
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2009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

日期	內容
2009年05月22日至 2009年05月20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」，說明菸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」
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。



日期	內容
2011年09月05日至 2011年09月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「2012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。
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」2012年委員會議
2012年12月29日	行政院勞工委員會召開「2012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	江啟臣委員等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。

日期	內容
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。
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	楊曜、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2014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2014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2013年委員會議。
2014年01月03日	黨政平台會議報告「菸害防制法第4條、第35條修正草案」。
2014年02月10日	召開「研議十字路口、大樓出入口禁菸可行性與適法性專家諮詢」會議。
2014年03月07日	召開「依菸害防制法第16條1項第4款規定公告國家公園、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」聯繫會議
2014年04月01日	實施「國家公園、國家自然公園、風景特定區及森林遊樂區之指定區域與公園綠地，除吸菸區外，不得吸菸」。



日期	內容
2014年03月31日	立法院財政委員會第5次全體委員會議，報告「有效遏阻菸品走私措施及公允合理調整課徵菸品稅、菸品健康福利捐暨其調整對財政、國民健康之效果」。
2014年04月18日	曾巨威委員等18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。
2014年05月09日	謝國樑委員等18人，提案修正菸害防制法第4條、第8條、第17條及第31條草案，立法院通過一讀交付委員會審查。
2014年05月30日	王育敏委員等22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。
2014年06月04日	召開研商「菸稅、菸捐最適比例及行政院農委會使用菸農輔導與照顧贍餘款作為檳榔廢園轉作之可行性會議」。
2014年08月22日	召開研商「菸品健康福利捐使用檢討會議」。
2014年10月03日	王育敏委員等22人，菸害防制法第7條之1、第24條修正草案，立法院通過一讀交付委員會審查。
2014年12月25日	召開「衛生福利部菸害防制策進會」2014年度委員會議。
2015年01月16日	楊曜委員等18人，提案修正菸害防制法第4條，立法院通過一讀交社環委員會審查。
2015年03月10日	召開「菸害防制法推動小組第二次會議」。
2015年04月17日	台聯黨團，提案修正菸害防制法第3條、第15、第17條及第31條、第35條，立法院通過一讀交社環委員會審查。
2015年06月12日	李俊侶委員等16人，提案修正菸害防制法第31條，立法院通過一讀交社環委員會審查。
2015年06月22日	召開「防範電子煙氾濫跨部會議」。
2015年06月23日	召開「菸品健康福利捐使用檢討會議」。
2015年07月28日	召開「菸品健康福利捐使用檢討第2次會議」。
2015年10月15日	修正發布「菸品健康福利捐分配及運作辦法」，增列長期照顧發展之用，並調整分配比率，及增訂菸捐管考機制。
2015年10月26日至 2015年10月27日	辦理「2015年菸草控制框架公約國際研討會」。
2015年11月01日	原住民於非山地離島地區使用戒菸服務。
2015年11月11日	立法院社會福利及衛生環境、財政二委員會聯席審查通過「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正案。
2015年12月15日	辦理「無菸醫院及醫院戒菸服務成果發表會」。
2015年12月16日	李俊侶委員等17人，菸害防制法第4條、第15條及第16條，立法院通過一讀交社環委員會審查。

2016 TAIWAN TOBACCO CONTROL ANNUAL REPORT

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 臺北市大同區塔城街 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 2016 年 12 月
創刊年月 2003 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 臺中市中區中山路 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

本經費來自菸品健康福利捐



2016 TAIWAN TOBACCO CONTROL ANNUAL REPORT



守護健康
衛生福利部
國民健康署

衛生福利部國民健康署 編印



ISSN 1994711-1



9 771994 711009

GPN : 200801370

定價 : NT\$ 200 元