107年｜臺灣菸害防制年報

世界衛生組織菸草控制框架公約締約方：181

2018 ANNUAL REPORT

TAIWAN TOBACCO CONTROL

CONTENTS 2018
TAIWAN TOBACCO CONTROL

0 前言

署長序－維護國人健康推動　菸害防制法修法 004
前言－臺灣菸害防制表現耀眼國際 005

1 菸害防制法修法 008

● 菸害防制法修法 009
背景說明 009
修法之重點 010
預期效益 011
修法進度 011

2 減少菸品需求 012

非價格措施 013
● 無菸支持環境 013
縣市無菸環境營造 013
降低健康不平等 015
無菸校園 016
無菸軍隊 019
無菸社區 022
無菸職場 023
無菸醫院 025
無菸公園綠地 030
● 菸盒警示圖文 032
● 宣導與培訓 034
菸害防制宣導與成效 034
菸害防制幼兒讀本 034
「無菸的家」著色比賽 035
菸害教育互動體驗車 037
Quit & Win 戒菸就贏活動追蹤調查結果 038
縣市菸害防制宣導 039
菸害防制法檢舉與申訴專線 040
菸害防制法執法人員訓練 040
縣市菸害防制工作考評 041
縣市菸害防制交流工作坊 042
● 禁止菸品廣告、促銷及贊助 044
稽查取締違規菸品廣告或促銷 044
菸害防制法稽查處分資訊 045
● 戒菸服務 050
多元戒菸服務網絡 050
二代戒菸服務 050
戒菸服務人員訓練 055
戒菸專線服務 064
戒菸班 068
價格措施 069
● 菸品健康福利捐 069
菸捐評估 069
● 菸品健康福利捐 070
菸捐分配 070
菸捐歷年收入 071
菸捐之運用重要成效 071
菸捐資訊揭露 077

3 減少菸品供應 068

- **菸害防制法執法成效評價** 069
  - 22 縣市實地考評 069
- **防治菸品非法貿易** 084

4 研究、監測與國際交流 086

- **研究、監測** 087
  - 國人吸菸行為調查 087
  - 青少年學生吸菸行為調查 096
  - 菸品訊息監測 108
  - 電視節目及電影監測 108
  - 網路監測 110
  - 菸品消耗量監測 112
  - 電子煙防制監測及管理 116
- **菸品成分管制與規定** 122
  - 菸品檢測暨研究發展 122
  - 菸品資料申報 123
- **國際交流** 124
  - 菸害防制政策之國際合作 124
  - 參與世界衛生組織菸草控制框架公約 124
  - 菸害防制國際研討會議 126

5 結語 135

6 附錄 135

署長序

● 維護國人健康　推動菸害防制法修法

菸品是國人健康的頭號殺手

菸煙中有超過 7,000 多種化學物質，其中有 93 種致癌及有害物質，當中有 15 種被世界衛生組織所轄國際癌症研究署列為「第一級致癌物」。菸品每年在全球奪走 700 萬條生命，每兩位吸菸者中，就有一位死於吸菸相關疾病；使用菸品易使家庭陷入貧窮、使國家的經濟受到危害。

菸害在臺灣每年造成約 2 萬 7,000 人死於菸害，不到 20 分鐘就有一人死於菸害，其中癌症居首位占 47.5%，其次為心血管疾病為 28%、呼吸道疾病為 24.5%。對個人、家庭與社會傷害至鉅。10 大死因中，惡性腫瘤、心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、肺炎、慢性下呼吸道疾病等 6 項直接與吸菸有關，另腎炎、腎病症候群及腎病變、慢性肝病、肝硬化及肝癌、事故傷害、自殺等 4 個與吸菸間接有關。我國可歸因於菸害之經濟成本約 1,858 億元，直接國民醫療保健支出約 650 億元，間接生產力損失約 1,209 億元，占全國 GDP 之 1.15%。世界衛生組織（WHO）於 2017 年 3 月 6 日發表「Inheriting a sustainable world: Atlas on children's health and the environment」報告指出，導致 5 歲以下兒童死亡的第一名是因空氣污染及「二手菸」引發的呼吸道感染問題，每年造成全球 57 萬幼童死亡。菸害實為慢慢地、無聲地戕害民眾健康。

認識菸害 遠離菸害 從小開始

家庭是幼兒長時間生活的環境，若家中有大人吸菸，幼兒就有可能長期暴露在二手菸、三手菸的環境中。二手菸是分布最廣且為有害的室內空氣污染物，其會釋放出 7,000 種以上的化學物質，其中約有 93 種為致癌物質，過去研究已證實，除會造成或加重幼兒氣喘、支氣管炎、肺炎、中耳炎等呼吸道疾病外，且與兒童白血病、淋巴瘤、大腦與中樞神經系統病變、肝母細胞瘤等癌症有顯著關係，也容易造成認知能力缺陷，其危害更甚於成人。

為從小扎根幼兒拒菸的概念與勇氣，國民健康署於 2011 ～ 2012 年開發菸害防制幼兒讀本「無菸的家立體遊戲書」，透過幼兒的言語或影音媒體體驗，將菸害防制融入幼托園所、國小等幼教資源，鼓勵教師依學童特性，應用本拒菸教材，讓菸害防制工作能向下札根，為擴大及深化營造孩子們無菸意識，2017 年追加印製 40,000 本，幫助各縣市推動無菸家庭宣導，保護兒童遠離菸害。

為提升民眾對菸害認識，國民健康署於 2017 年底與網紅插畫家之「小學課本的逆襲」合作，授權菸害防制宣導設計等圖像，應用於全台首輛「無菸的家」菸害教育互動體驗車及其相關宣導製作物於學校、縣市、社區、公益單位等開放體驗，透過密室互動遊戲，尋找殘留的三手菸，將菸害教育融入日常生活，讓孩子們從小就認識菸害藉以遠離菸害，2017 年共計辦理 12 場場次，體驗人數達 2 萬人次以上，預計 2018 年將開放體驗將達 165 場。

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 2017 年的 6.4%；室內公共場所二手菸暴露率也由 2008 年 27.8 % 大幅下降至 2017 年的 5.3%，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，改造民眾對菸品的觀念，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，維護全民健康。

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。為保護兒童青少年健康，部份縣市政府結合教育局、學校、相關局處及社區資源，推動校園周邊無菸人行道，目前已有 2,000 家高中職以下學校校園周邊環境（含人行道、校門口、家長接送區）等公告為禁菸場所，以減少二手菸害。

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，除了預防民眾吸菸，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，且戒菸費用是比買菸還便宜，透過巡迴醫療涵蓋全國每一鄉鎮，全面達成戒菸目的。2017 年本署辦理戒菸服務，共協助 73 萬 3,106 人次、19 萬 2,080 人，6 個月點戒菸成功率為 28.8%，成功幫助超過 5 萬人戒菸。短期節省預估約 3 億元的健保醫療費用支出，長期約可創造超過 229 億元的社會經濟效益。

另國民健康署辦理戒菸專線 0800-636363，2017 年專線共服務 1 萬 3,818 人，6 個月點戒菸成功率達 42.4%；戒菸班共計辦理 468 場，服務 8,045 人；與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辦理 7,743 場次；參加初、進階戒菸衛教訓練合格人數共 7,410 人，且有超過 4,000 家戒菸服務合約醫事機構，服務人次較 2016 年成長 29.6%，一起與有心戒菸民眾共同抗菸。

推動「菸害防制法」修法

菸害防制法自 1997 年實施至今年剛好屆滿 20 年，20 年來我們完成了擴大禁菸場所範圍、嚴禁菸品廣告、多元戒菸服務、菸品健康警示圖文等法規措施，距上次（2007 年修正）修法已逾 10 年未予修正，保障國民健康、營造無菸的環境與管制新興議題的立場刻不容緩，國民健康署參納國際經驗與研究實證、朝野政黨意見、民間團體與專家意見、以及民眾共識，積極推動全面性「菸害防制法」修法，包括擴大警示圖文面積、禁止加味菸、增訂禁止菸品贊助、持續擴大室內公共場所禁菸及加強管制電子煙等，期望全民共同攜手努力防制菸害，拒菸興邦利民、促進國民健康。

國民健康署署長

2018 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，6 指標國際評為最高等級

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 126 萬吸菸人口，成年人吸菸率由 2008 年 21.9% 降至 2017 年的 14.5% ，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 2017 年的 2.7%，高中職學生吸菸率從 14.8% 降至 2017 年的 8.3%。

依據世界衛生組織（WHO）所提出的 MPOWER 策略，我國菸害防制推動成效有六項指標達第一等級，分別為監測系統（Monitoring）、成人每日吸菸率（Adult daily smoking prevalence）、無菸政策（Protect people from tobacco smoke）、戒菸服務（Offer help to quit tobacco use）、警示菸品危害（Warning about dangers of tobacco）、禁止菸品廣告促銷及贊助（Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship）；資料顯示我國在吸菸率監測、無菸環境法令執行、二代戒菸服務、警示菸品危害及禁止菸品廣告促銷贊助等均已達 WHO 所訂定之最高標準。

杜絕菸害，威脅賡續推動菸害防制

推動菸害防制可以打破貧窮的惡性循環，終結飢餓，促進農業及經濟的永續成長，也能對抗氣候暖化；強化菸草控制框架公約之實施，減少菸品使用，將會有助於聯合國永續發展目標之達成。國民健康署積極透過政府跨部門、民間組織、業者與民眾攜手推動，例如：校園周邊人行道禁菸、嚴禁菸品廣告、推動菸害防制宣導教育、0800-636363 免付費電話戒菸專線及戒菸治療等多元戒菸服務，希望能抑制吸菸人口增加、增加戒菸人口及防止二手菸危害等。

電子煙具成癮性，且有爆炸危險性

世界衛生組織指出，吸菸及二手菸是心血管疾病的主要病因，全球約 12% 的心血管疾病是歸因於吸菸及二手菸；美國心臟協會（American Heart Association´s International Stroke Conference）於 2017 國際中風研討會發表經常吸電子煙會使腦中葡萄糖的數量減少，也會破壞凝血因子，比吸菸更容易引起中風與出血，反而更傷「心」。

有鑒於兒童及青少年對於成癮性物質的警覺低，依據衛生福利部食品藥物管理署於 2017 年受理 1,471 件電子煙檢體之結果顯示 77.7% 含有具成癮性之尼古丁。菸品添加薄荷、巧克力、玫瑰等口味，掩蓋一般菸品的嗆辣氣味，吸引青少年、女性接觸或誤以為加味菸較無危害而持續吸菸，導致成癮且菸癮越來越重，嚴重影響肺部的健康，甚至可能致命。

另，電子煙含尼古丁具成癮性，亦含致癌物甲醛、乙醛及其他有害物質，且具爆炸危險性，危害使用者健康。依據衛生福利部國民健康署「青少年吸菸行為調查」結果，國、高中學生電子煙吸食率由 2014 年的 2.0% 與 2.1%，2015 竄升 3.0% 與 4.1% 至 2017 年 2.5% 與 4.5%，增加近一倍，顯示電子煙的興起，已危害兒童青少年的健康應加強電子煙防制、禁止加味菸品、嚴禁菸品廣告等，保護兒童青少年免於菸害，還給下一代一個無菸的環境。

落實菸害防制工作，達成聯合國永續發展目標

聯合國已將落實菸害防制列為 2030 年永續發展議程之子目標：目標 3.a「落實執行世界衛生組織菸草控制框架公約」；為此，加強執行菸害防制工作已是全球各國刻不容緩的任務，國民健康署本次提出菸害防制法修正草案，除能強化各項菸害防制策略、因應創新產品危害、維護國民健康外，更有助於達成全球永續發展的多項目標。

同時，為呼應世界衛生組織訂定之慢性病防治目標－ 2025 年吸菸率較 2010 年降低 30%，國民健康署訂定我國 18 歲以上成人吸菸率於 2025 年降至 14% 之目標，期能減少臺灣吸菸人口，降低菸害對國人健康之影響。

第九屆兩岸四地菸害防制
交流研討會暨十周年大會
The 9th Cross-Strait Conference on Tobacco Control
2017年9月3-5日 臺北

1

菸害防制法修法

菸害防制法修法

背景說明

菸害防制法（以下稱本法）於 1997 年 3 月 19 日公布，並於同年 9 月 19 日施行，其後歷經三次修正，最近一次修正公布日期為 2009 年 1 月 23 日。菸煙中有 7,000 多種化學物質，其中 93 種致癌成分中有 15 種被國際癌症研究署列為「第一級致癌物」。在臺灣每年約 27,000 人死於菸害，每 20 分鐘就有一人死於菸害，以罹患癌症居首位，占 50%，其次為心血管疾病占 28%、呼吸道疾病占 22%，對個人、家庭及社會傷害至鉅。

自 2009 年 1 月 11 日本法修正施行以來，已減少 760,000 吸菸人口，成年人吸菸率由 2008 年之 21.9% 下降至 2014 年之 16.4%，惟 2015 年則上升至 17.1%，不降反升，且 15 歲以上男性每日吸菸率高達 27.9%，在亞洲國家居中，高於已開發國家（地區）新加坡（25.4%）、挪威（25%）、紐西蘭（18.4%）及香港（18.6%）；特別是我國 31 歲至 50 歲之青壯年男性吸菸率高達 40% 以上，對國家生產力影響甚大。

推動百分之百無菸場所為世界衛生組織菸草控制框架公約（WHO Framework Convention of Tobacco Control, WHO FCTC）及世界各國共同趨勢，依據兒童權利公約第三條規定，所有關係兒童之事務，無論是由公私社會福利機構、法院、行政機關或立法機關作為，均應以兒童最佳利益為優先考量，且該公約第 24 條揭示兒童健康權是兒童重大權益之一，各締約國應「確認兒童有權享有最高可達水準之健康」之權利。世界衛生組織（WHO）於 2017 年 3 月 6 日發表「Inheriting a sustainable world：Atlas on children's health and the environment」報告指出，導致五歲以下幼童死亡之第一名原因為空氣污染及「二手菸」引發之呼吸道感染問題，每年造成全球五十七萬幼童死亡。

電子煙因含尼古丁具成癮性，亦含致癌物甲醛、乙醛及其他有害物質，且具爆炸危險性，危害使用者健康，是全球新興健康危害議題，世界衛生組織建議應從嚴管制。依據衛生福利部國民健康署「青少年吸菸行為調查」結果，國、高中學生電子煙吸食率由 2014 年 2.0% 與 2.1%，竄升至 2016 年 3.7% 及 4.8%，增加近一倍，顯示電子煙之興起已危害兒童及青少年健康。根據 2016 年小兒科雜誌（Pediatrics）之世代追蹤調查發現，青少年若曾在二年內吸過電子煙，其嘗試一般菸品機會為未吸過電子煙青少年之 6 倍。電子煙是吸菸之入門磚，依兒童權利公約所揭示保護兒少健康權之立場，加強管制電子煙具有必要性及正當性。

為使本法更臻周延，經審酌中央相關機關、地方主管機關實務執行建議，並參考世界衛生組織菸草控制框架公約與專家學者、公益團體及民眾之意見，爰擬具「菸害防制法」修正草案。

修法之重點

一、 加強管制電子煙：

（一）增訂電子煙定義，並明文禁止於禁菸場所吸食及禁止廣告、贊助與未滿 18 歲者及孕婦使用電子煙，且不得供應電子煙予未滿 18 歲者；並新增除依藥品許可證或醫療器材許可證外，禁止製造、輸入或販售電子煙及其零組件之規定，防止青少年藉吸食電子煙進而提早接觸菸品，及有效避免國人暴露於有害的電子煙及其二手煙霧環境。

（二）現行菸害防制法對電子煙之稽查與取締係以函釋方式將其視為類似菸品形狀之糖果、點心、玩具或其他物品，法令規範不足，且法院判決亦認為現行菸害防制法應予修正。

（三）國內 2016 年民意調查結果亦顯示，72.9% 贊成全面禁止電子煙輸入國內、92.6% 贊成應禁止販售電子煙給未成年人。

二、 禁止加味菸：

（一）擬禁止菸品添加花香、果香、巧克力、薄荷口味或其他經中央主管機關公告禁用之添加物，避免兒童及青少年因好奇而接觸菸品，或避免吸菸者誤以為加味菸較無危害而持續吸菸，藉此降低吸菸率與菸癮。

（二）根據美國食品藥物管理局研究指出加味菸易使青少年上癮，進而難以戒菸，最後導致嘗試其他菸品，為以及避免吸菸者誤以為加味菸較無危害而持續吸菸，目前已有美國、加拿大、巴西、澳洲、以及歐盟，管制與限制菸品添加物。

（三）民意調查結果顯示，86% 民眾贊成禁止加味菸；吸菸者亦有 78% 贊成。

三、 菸品容器警示圖文擴大至 85%：

（一）擬將警示圖文面積由現行之 35% 擴大至 85%。

（二）全球 109 個國家實施警示圖文，警示圖文面積超過 65% 以上之國家約 4 成（43 個 / 109 個），我國現行面積僅達 35%，為末段班。

（三）世界衛生組織指出，印製大幅之菸品容器健康警示圖文為具經濟性、高曝光率，又能直接接觸吸菸者之宣導方式，研究亦顯示較大之健康警示圖文會使吸菸者更有拒絕吸菸之動機，並可讓身心發展尚未健全之兒童及少年清楚瞭解菸品對健康之危害，降低兒童及青少年吸菸之可能性。

（四）84% 民眾贊成擴大警示圖文；即便是吸菸者，亦有 56% 贊成此項政策。

四、 擴大室內公共場所禁菸：

（一）夜店、酒吧為得設吸菸室的禁菸場所，若未設吸菸室，則全面禁菸。

（二）可有效區隔吸菸者與非吸菸者活動區域，並保護相關工作人員免於二手菸、三手菸害，亦不

影響店家之營業收入，創造大家一個可好好享受、健康的娛樂環境，也可避免年輕人在夜間娛樂環境染上菸癮。

（三）95% 民眾贊成室內公共場所全面禁菸；即便是吸菸者，亦有 78% 贊成。

五、 禁止菸商具名贊助：

（一）擬增訂禁止以菸品贊助或菸商名義掛名贊助任何活動之方式為廣告，減少民眾對菸商好感與對產品之認同感及購買意願。

（二）民意調查結果顯示，74% 民眾贊成禁止菸商具名贊助；吸菸者亦有 53% 贊成。

六、 增訂法律與醫療扶助：

（一）增訂因勸阻吸菸，或拒絕供應菸品，致受損害者，得給予法律與醫療扶助，以型塑全民推動菸害防制決心，並彰顯法律價值。

（二）82.6% 民眾贊成運用政府資源提供法律與醫療扶助；即便是吸菸者，亦有 68.7% 贊成。

七、 加重菸品業者違法菸品廣告或促銷的罰則：

（一）增訂菸品業者 5 年內違法廣告促銷菸品 3 次，經裁罰處分「確定」者，併處廢止許可執照 1 年至 3 年處分。

（二）每年菸品之銷售金額達上千億元，現行法令對不法廣告促銷菸品最高僅罰 2,500 萬元，無法有效嚇阻業者，若業者遭廢止製造或輸入許可執照者，除顯示業者惡性重大且累犯外，亦因廢止許可執照之前提為 3 次裁罰處分須經確定，不致有誤罰之情形。

八、 授權公告禁止模仿菸品使用之物品：

（一）授權主管機關得公告禁止製造、輸入、販賣、展示或廣告足以使人產生模仿菸品使用之物品。

（二）鑒於足使人模仿菸品使用之新形態物品層出不窮，為使主管機關得適時因應，故授權賦予主管機關公告禁止之法源。

預期效益

菸害防制策略須多管齊下方能奏效，修法首要且最直接的效益為降低吸菸率，並減少菸品對兒少之危害；另為呼應 WHO NCD 2025 年減少 30% 吸菸率目標，本部訂定吸菸率於 2025 年降至 14%，符合菸害防制法「防制菸害，維護國民健康」意旨。

修法進度

菸害防制法修正草案已於 2017 年 12 月 21 日經行政院第 3,581 次院會討論通過後函送立法院審議，並經立法院於 2017 年 12 月 29 日完成一讀程序，未來將積極與立法院朝野黨團協調溝通，善用各種管道向各界說明，讓社會大眾更加瞭解並支持本修正草案，以期早日完成修法程序。

Korea
ew Members, 2 Renewal Member
Victoria Australia
Chia-Yi Christian Hospital
Taiwan
GOLD FORUM 2017
CERTIFICATE OF RECOGNITION
Kaohsiung Veterans General Hospital
Taiwan
GOLD FORUM 2017

2

减少菸品需求

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 10 年，透過擴大禁菸環境、嚴格禁止菸品廣告之管理與教育宣導，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、人行道等戶外公共空間吸菸，導致室外二手菸害問題，成為國人關切的新重點。

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、校園周邊通學步道等，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，亦加強菸害防制稽查及輔導防制稽查及輔導，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。

屏東縣世界無菸日－我愛無菸環境著色活動

苗栗縣創意衛教教具－無菸的家拼圖書與學童互動情形

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。另，國民健康署與各縣市衛生局持續加強菸害防制法之執法稽查與宣導，禁止菸品廣告、限制菸品接近青少年、建立無菸公共場所及工作場所、運用社區資源及以學校為基礎的課程等有效策略，進行菸害、電子煙防制工作，並透過無菸醫院、職場、校園、社區各場域，有效勸導與幫助吸菸者戒菸，鼓勵使用社區戒菸衛教或諮詢、戒菸專線 0800-636363 等「其他戒菸服務」，結合推廣無菸家庭落實無菸環境。

臺北市公車亭禁菸宣導記者會

新北市無菸候車站記者會

雲林縣公告古坑鄉古坑綠色隧道公園禁菸標示牌

截至 2017 年全國菸害防制稽查 76 萬餘家次，稽查 528 萬餘次，開立處分 7,190 件，總計罰鍰 6,800 萬餘元；另辦理社區戒菸班 433 班（計 5,813 人）、菸害防制相關宣導教育活動 8,668 場、社區、藥局戒菸衛教或諮詢服務人數共 187,368 人、醫事相關人員戒菸訓練 79 場（計 4,651 人）。

臺南市善化區無菸草莓園

連江縣東引健行活動

降低健康不平等

研究顯示，不同地區、職業、族群、經濟條件、教育程度等社會條件下存在健康不平等的現象，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，而處於健康劣勢條件；在衛生體系可以幫忙的就是健康促進，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。

雲林縣「打擊菸檳酒健康更長久」大型宣導活動菸害防制話劇表演

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」，迄今多數執行縣市之成人吸菸率明顯下降，如花蓮縣自 2011 年 22.9% 降至 2017 年 15.1%，臺南市自 2011 年 15.4% 降至 2017 年 13.9%。2017 年補助新北市、基隆市、宜蘭縣、南投縣、雲林縣、屏東縣、臺東縣及花蓮縣，共計 8 縣市，營造無菸、酒、檳榔健康政策場域共計 244 處、辦理菸酒檳榔防制衛教宣導 865 場計 81,288 人參加、針對高危險群教育訓練 68 場計 3,493 人參加，以強化對菸酒檳之認知、培訓衛教志工 31 場計 949 人並提供衛教服務、辦理菸酒檳榔戒治班或個案管理 175 班計 1,481 人參與、配合辦理口腔黏膜篩檢與轉介、辦理友善或愛心商家拒售菸、酒、檳榔予未滿 18 歲青少年 3,601 家，以及媒體宣導、問卷調查建置相關資料庫等。

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、調整健康服務的方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。

新竹市「拒菸檳多元宣導活動嘉年華」活動

花蓮縣「無菸檳家園繪圖比賽」頒獎典禮

無菸校園

2017 年全國達 5 成（約 2,000 餘校）高中職以下學校周邊環境禁菸，無菸校園除了建構校園無菸環境外，每年均辦理國中及高中職學生吸菸行為調查，透過調查的結果，與教育部合作加強落實「校園菸害防制實施計畫」之推動，明定各級教育行政機關及學校應辦理事項；並共同辦理校園菸害防制及檳榔危害防制之輔導訪視作業，及辦理國中、高中職校園二手菸暴露率的環境檢視；亦藉由校長、組長等例行性主管會議，宣導落實菸害防制的重要性，並訂定相關獎勵與懲罰等規定，加強校園內菸害防制的積極作為，鼓勵學校培訓戒菸教育種籽師資，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，2017 年持續抽查學校，實地輔導學校加強辦理菸害防制工作。

雲林縣古坑鄉校園周邊環境禁菸標示設置

屏東縣校園暨周邊環境全面禁菸

國中、高中職校園戒菸教育

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。

根據 2017 年「青少年吸菸行為調查」，高中職學生吸菸率為 8.3%（男性 12.0%，女性 4.2%），與 2016 年吸菸率 9.3%（男性 13.1%，女性 5.2%）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 2.7%（男性 3.7%，女性 1.5%），相對於 2016 年吸菸率 3.7%（男性 5.1%，女性 2.1%）亦持續下降。

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》均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 2017 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卻高達 48.4%，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。

這些年與教育部合作，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，透過校務會議的落實，加強校園的巡檢、戒菸訊息的宣導與轉介。目前已與教育部共同訂定無菸大專校院的目標，至 2017 年已完成 77 所無菸大專校院。

2017 年透過補助辦理及輔導訪視等方式，共有 36 所大專院校參與菸害防制計畫，鼓勵年輕族群場域的大專校院結合鄰近社區資源，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。

2017 年年輕族群場域績優表揚暨觀摩會

2017 年年輕族群場域績優表揚暨觀摩會－績優學校頒獎

另亦邀請專家委員進行蹲點輔導，分為北、南兩組進行口頭報告，針對各校執行成果與所遭遇之困難，給予建議以供改善，並篩選出 11 校學校進行績優選拔，各校執行成果包括：

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，36 校中有 22 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，運用四校聯合粉絲團宣導菸害與電子煙危害宣導，讓資源成果共享，同時擴大接觸影響人數等，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，如辦理友善社區行動，與校園鄰近商家簽署加入無菸推廣。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，關心鄰近國中小菸害防制主動辦理相關活動，結合社區醫療院所、衛生局所提供各項戒菸服務，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：正修科技大學辦理全校無菸校園公聽會，透過民主意見溝通過程，獲得 76% 師生支持，使原預計 2018 年達到全校禁菸的目標提早至 2016 年 9 月 1 日實施。校長帶領新生入學拒菸祈願，宣示防制菸害決心，成立「菸字路上你和我」進修部戒菸團體，戒菸過程相互支持與激勵氛圍，提升戒菸意願。
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。

2017 年年輕族群場域菸害防制推動成果－正修科技大學「公益農場」讓戒菸者參與蔬果照顧也創造健康促進轉移注意力

2017 年年輕族群場域菸害防制推動成果－義守大學「拒菸辯論賽」

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；國立臺中科技大學、弘光科技大學、中原大學、國立臺灣科技大學、明新科技大學、元培科技大學、義守大學、正修科技大學、國立高雄第一科技大學、輔英科技大學、長榮大學等 11 所獲績優場域學校。其中國立臺中科技大學辦理「瘋租屋、安居行」嘉年華會，50 位租屋房東簽署拒吸二手菸協議，並結合校園鄰近 24 個商家簽署加入無菸商家推廣行列，將反菸範圍從校園擴大到臨近人潮眾多之一中商圈，展現拒菸決心；弘光科技大學新生入學辦理「一人一樹，無菸校園健康樹」植樹活動，在新生入學即傳達無菸與健康連結之意識；中原大學具宗教色彩，將拒菸議題融入 24 門宗教哲學以及 23 門人生哲學課程，另召募原住民專班學生組成「戒菸宣導天使團」，讓拒菸意識內化進入原民學生內心，學成返回部落成為拒菸倡議最佳種子；國立臺灣科技大學以行動劇表演型態將反菸教育向臨近中小學扎根，以創意表演內化拒菸意識，並辦理反菸微電影徵選，於社團博覽會宣導反菸，演出快閃行動劇；明新科技大學校園無所不在的拒菸文宣，全部文宣由學生發想設計，拒菸意識內化於學生內心；元培科技大學將菸害防制議題融入 6 門課程，並辦理拒菸影片創意宣導短片甄選，以及「校園菸檳危害防制創意桌遊設計競賽」優秀作品展，系科特色融入反菸倡議，加深議題之內化；義守大學由學生會辦理拒菸辯論賽，234 位學生參與，及以學校健康吉祥物「樂樂」為主標誌，設計製作拒菸衛教書籤，放置於衛保組衛教資料架供師生自由索取；設立「無菸通學步道」，正修科技大學將反菸範圍從校園擴大到社區，帶動學生至 10 所國小倡議反菸，結合社區民眾一起關心營造健康生活環境，另有「公益農場」種菜，將拒菸與生活教育結合；國立高雄第一科技大學聯合南區 8 所大學、2 所高中及 6 個公務機關一起投入淨灘與菸害防制宣導活動，數百人參與。另於 2017 年 12 月 7 日與教育部聯合辦理「年輕族群場域績優表揚暨觀摩會」，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 182 人參會。

禁菸也淨灘（菸蒂占海洋垃圾碎片的 15%）

無菸軍隊

依據 2017 年「成人吸菸行為電話調查」結果，男性吸菸率為 26.4%，其中 18-29 歲男性吸菸率已達 21.6%，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

2017 年海軍菸檳防制工作研習會

面，全面啟動菸害暨檳榔防制工作，不僅對軍中具有積極正面的影響，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，針對志願役官兵、義務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；另藉由監測與研究計畫，針對各單位防制工作進行監測調查與評量，作為研修政策及規劃未來工作之參考。

2017 年海軍反潛航空大隊菸害暨檳榔防制宣導公布欄

重要工作成果分述如下：

政策與環境：

為落實菸害防制法規定，確實執行政府機關室內全面禁菸，國防部明訂吸菸區設置規範，依單位實際情況逐年裁減吸菸區，以建立軍中無菸支持環境，2017 年間計裁減 41 個吸菸區，並嚴格執行彈藥庫等易燃易爆場所全面禁菸，保護全體官兵之安全、健康權益。另積極輔導國軍所屬醫院參與「健康醫院認證」，涵蓋無菸醫院的理念，2017 年共有 5 家醫院完成「健康醫院」申請並通過認證。

海軍官校吸菸區搭配菸害防制宣導規劃

衛教與宣導：

為營造國軍無菸環境氛圍，辦理 2017 年「國軍戒菸就贏比賽」，採兩種競賽組別實施（戒菸 3 個月組及戒菸 15 個月組），鼓勵官兵持久戒菸，並於國防部軍網訊息公布專區、軍醫粉絲團臉書及軍醫局衛教專區網頁發布比賽消息，鼓勵官兵踴躍參加本活動。

2017 年度競賽成果，總共有 1,805 位吸菸官兵參加，其中計 734 位參賽者於活動期間內挑戰戒菸成功參加抽獎。

2017 年國軍「戒菸就贏」抽獎典禮

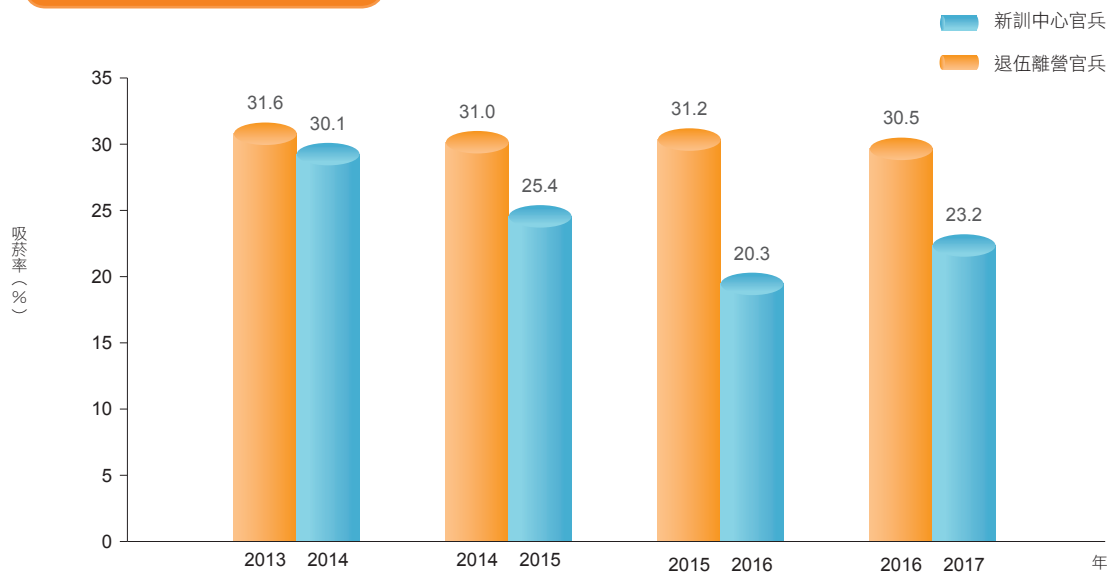
戒治與服務：

因應國軍人員出入營區受到管制限制而推行「戒菸輔導員家族網絡」之機制，由國軍作戰區責任醫院或部隊醫官戒菸醫師作為輔導員的指導員，使輔導員在實際輔導戒菸官兵時，能針對不同戒菸官兵實際狀況，調整輔導方式，如：關懷、陪伴、諮詢等，進而轉介至國軍醫院提供戒菸藥物治療，以減緩戒菸過程生理成癮不適的症狀。另外，透過各輔導員帶領小組間的工作討論與心得交流分享，產生正向循環。為強化國軍基層部隊單位第一線輔導員輔導官兵的能力，2017 年計辦理 6 場次戒菸暨戒檳輔導員訓練課程，共培訓 477 位輔導員。

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。調查顯示，2013 年新訓中心官兵吸菸率為 31.6%，2016 年新訓官兵吸菸率降至 30.5%；2014 年退伍離營官兵吸菸率 30.1%，渠至 2017 年降至 23.2%，吸菸率有降低趨勢。

圖 1-1　國軍官兵吸菸率



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，分布於北、中、南、東縣市。

基隆市議長，帶領里民共同營造無菸檳酒仁義里社區！

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，共輔導商店宣導拒售菸品給未成年者；辦理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」之宣導主軸衛教宣導活動，推動「無菸家庭」之簽署，讓無菸概念向下札根。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。

屏東縣拒菸健康精靈培訓情形

桃園市無菸農場禁菸標誌

具特色及創意的社區推廣經驗：基隆市透過漁工及原住民等較多出進之場所，營造無菸檳酒之健康環境，共 7 處（福德宮、海洋廣場、砂子里社區、百福公園、暖暖公園、仁義里社區及七堵樂活水岸），並透過社區力量，共同維護支持性環境。另結合社區之職場、校園或醫療單位，辦理菸檳酒防制宣導活動共 4 場次（微笑港灣無菸檳酒健走活動、百福水岸反菸拒檳酒健走活動、夏艷反菸拒檳酒音樂會及西定大手牽小手遠離菸檳酒活動）共 1,015 人次參與。

雲林縣麥寮鄉巡守隊戒菸班－廟宇向神明保證戒菸

基隆市於 2017 年 5 月 20 日結合國際扶輪社辦理「世界肝炎日－為愛拒絕菸檳酒活動」，邀請市長及各級長官共同支持反菸拒檳酒議題，活動現場提供健康篩檢及衛教篩檢，並藉由闖關活動，讓民眾了解菸品、電子煙、酒品及檳榔子的危害及其戒治的管道等，參與人數達 531 人。於 2017 年 5 月 30 日結合教育處辦理「端午龍舟競賽嘉年華親子園遊會」宣導無菸檳酒家庭活動暨「2016 年健康促進成果觀摩博覽會」，展示菸檳酒等相關成果及設攤宣導，讓民眾了解「菸品引起身體的病症」、「衛生醫療單位提供戒菸服務內容」、「三手菸的危害」、「嚼檳榔導致癌症」及「電子煙無法戒除菸癮」等議題，參與人數達 1,068 人。

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，美國疾病管制局（US.CDC）資料顯示，員工吸菸比不吸菸者每年醫療花費多 6,000 美元，病假較多，生產力較低。不禁菸職場火災及相關事故傷害比禁菸職場多三成，因此職場嚴格推動禁菸是非常符合成本效益的事，更何況一般成人二手菸暴露的主要場所就是職場，長期暴露在二手菸的非吸菸者，比未暴露者增加 20 ～ 30% 肺癌、增加 30% 心臟病、增加 65% 中風的機率，若在職場進行系統性的全面禁菸規劃及推動，將能得到良好的成效，更可將效益擴大至家庭與社區。

臺東縣辦理社區戒菸班、志工協助填寫相關問卷

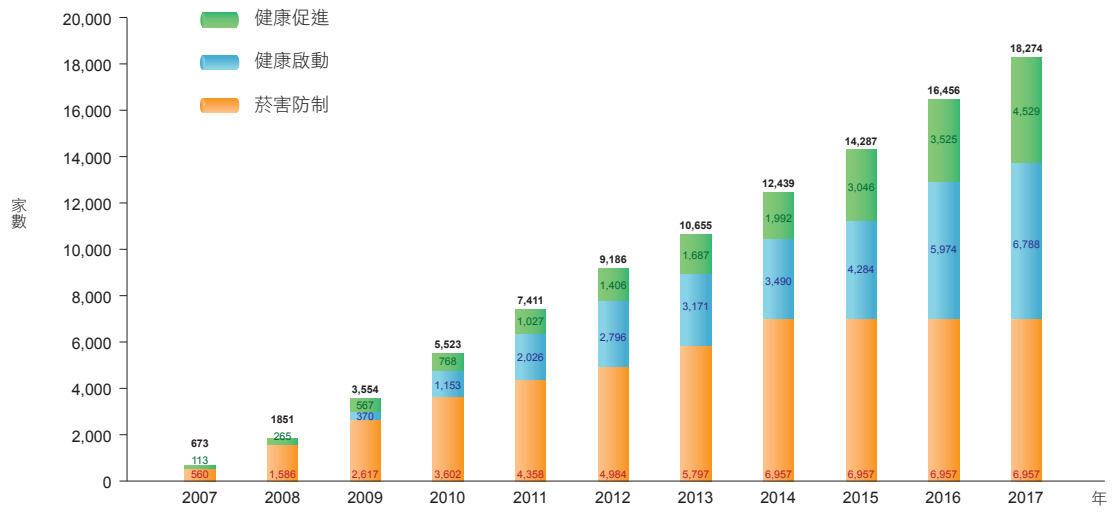
本署自 2003 年成立北、中、南三區職場健康促進暨菸害防制輔導中心，透過各中心輔導與協助，依職場需求提供相關輔導諮詢及教育訓練，建置職場菸害防制及職業衛生保健服務網絡，2006 年除推動菸害防制，並擴及員工健康促進，成立 3 區「健康職場推動中心」，實地輔導建立健康職場環境，提供諮詢、衛生教育及訓練。並於 2007 年起推動全國健康職場認證制度，2008 年為準備迎接 2009 年菸害防制法新規定上路，將落實室內工作場所全面禁菸納為通過認證要件，並表揚績優健康職場，鼓勵無菸職場及健康促進推動。

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）。

2007～2017 年共計 18,274 家職場通過健康職場自主認證（圖 1-2），2017 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 1,818 家。

為瞭解菸害防制法新規定實施後推動無菸職場的成效，2017 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 11.5%（較 2016 年下降 2.5%），其中男性為 23.5%，女性為 2.6%；室內工作場所完全禁菸率為 84.3%（較 2016 年上升 0.6%）；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，提供戒菸服務，針對場所稽查，確保職場無菸，並加強特定行業別之宣導與輔導。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計家數



公司室內工作場所是否有禁菸措施之分布

圖 1-3　歷年職場禁菸政策變化趨勢

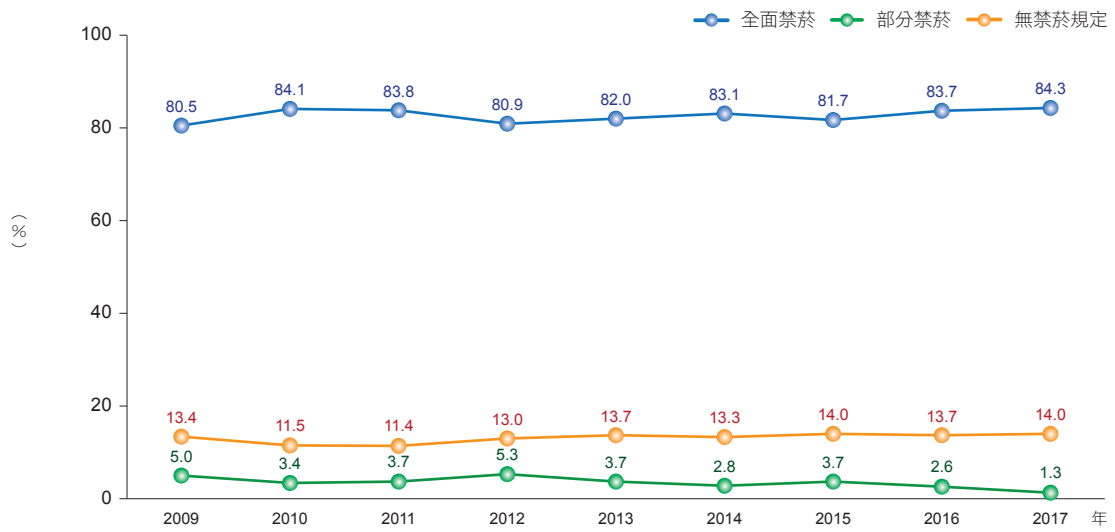
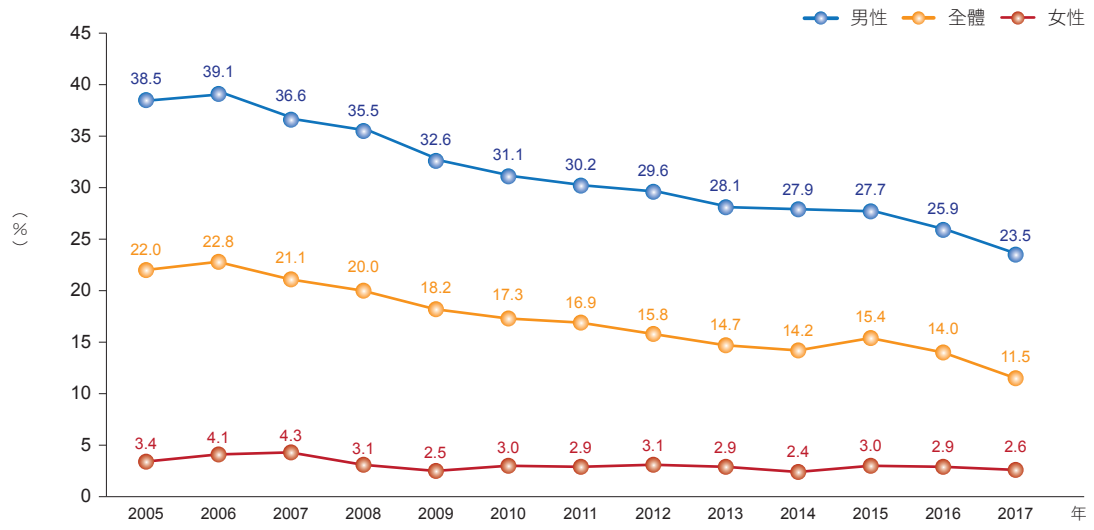


圖 1-4 歷年職場吸菸率改變趨勢



無菸醫院

「全球無菸健康照護服務網絡（Global Network for Tobacco Free Healthcare Services；GNTH）」於 1999 年成立，迄今全球共有已有 20 個國家〔包含超過 1,600 個會員（醫療機構）與 5 個副會員（非醫療機構）〕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 2017 年已有 209 家醫院加入。

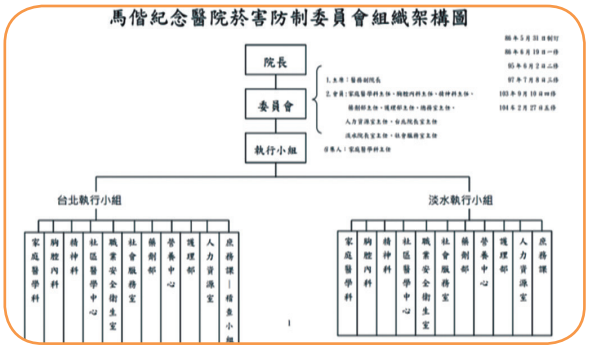
我國醫療體系有追求卓越的文化，對健康促進與疾病預防接受度高，藉由無菸醫院宗旨：「無菸醫院不僅必須遵守相關禁菸法令，成為一個全面無菸場所，且應善盡減少菸草使用與降低菸害的義務」，輔以無菸醫院國際認證模組之八大標準（管理與承諾、溝通、教育及訓練、吸菸辨識 / 診斷與戒菸支持、無菸環境、健康職場、社區參與、監測和評估），全面提升防菸行動，建立院區無菸環境自我巡查，及對每位病人皆詢問個人吸菸（及家庭二手菸）狀態，主動勸戒並提供戒菸協助等，打造從環境到個人的無菸害行動。

為提供醫院更適切整體健康促進推動模式，配合 WHO 健康促進醫院國際網絡新版評核標準，將臺灣醫療環境之特色如友善環境、無菸及節能減碳等納入，計七大標準 38 項條文之「健康醫院認證」，截至 2017 年，國內已有 101 家通過認證，落實環境健康、員工健康及病人健康的服務實踐，發展我國健康醫院認證機制。

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者是否吸菸，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　監測與評估

健康照護機構定期監測與評估所有 GNTH 標準執行

無菸醫院國際金獎認證，全球共 38 家，臺灣 15 家，獲獎醫院數全球第一

全球無菸健康照護服務網絡（Global Network for Tobacco Free Healthcare Services；GNTH）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，經過全球無菸醫院國際金獎認證委員會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 38 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 2017 年已有 15 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「二代戒菸服務」，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，即是詢問每一位病人是否吸菸，並積極勸告病人戒菸。我國提供戒菸服務的醫院

約占總醫院數之七成，其中六成通過無菸醫院（或健康醫院）認證，非無菸醫院（或健康醫院）占四成。依 2017 年戒菸治療服務資料顯示，無菸醫院整合戒菸資源，以團隊出擊模式主動詢問、關懷並提供吸菸者戒菸諮詢，無菸或健康醫院戒菸服務人數（55,593 人）為非無菸或健康醫院（2,791 人）的 19.9 倍，住院戒菸服務人數（17,768 人）為非無菸或健康醫院（521 人）的 34 倍，估計戒菸成功人數（18,177 人）也遠較非無菸醫院（799 人）高，而無菸或健康醫院平均戒菸成功 1 人所需給付費用（7,524 元）較非無菸或健康醫院（11,853 元）低，顯示無菸或健康醫院在二代戒菸政策的輔助下，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。

圖 1-5　2017 年戒菸服務成效

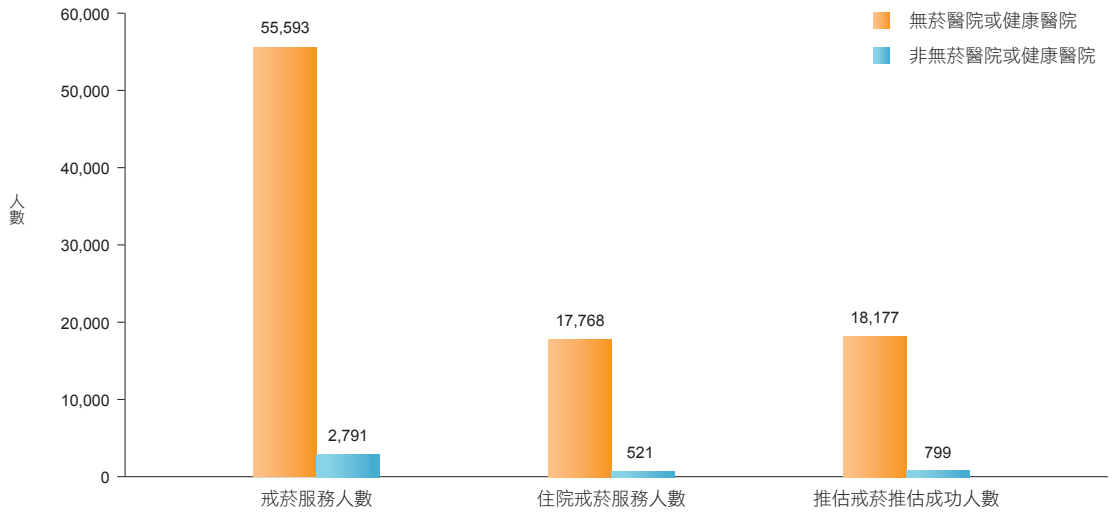
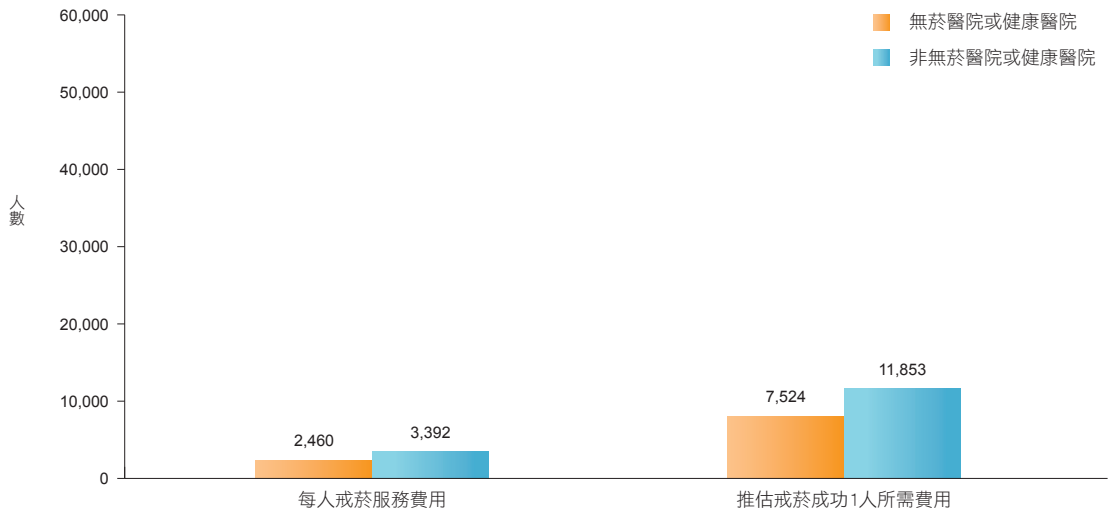


圖 1-6　2017 年戒菸服務費用評估



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 萬多人次。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。國民健康署公告於 2014 年 4 月 1 日開始「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 3,790 處。

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。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 2017 年 12 月 31 日，各縣市累計之稽查次數共計 30,789 次，總計開出 1,574 件處分書，罰款金額高達 261 萬多元，連國外旅客都當場開罰、繳納罰款。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，宣導民眾不要因一時大意受罰，造成敗興而歸。

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框架公約第 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%）。2017 年全球已有 113 個國家規定菸盒上需標示警示圖文，且已有 90 多個國家要求菸盒警示面積需大於 50%；同時，研究顯示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 年起至 2013 年平均每年更新 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 2009 年 1 月 11 日起，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。

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。

2012 年簽署「菸盒警示圖像授權協定」

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。

2014 年 6 月 1 日公布實行現階段使用的 8 則警示圖文

透過新版警圖開發案徵求設計稿，新版 8 則健康警示圖文經多年籌備，自 1,000 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。

由於改版前一年菸盒警示圖文議題已於媒體曝光並討論多時，因此隨著議題熱度冷卻，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，惟戒菸專線來電者因透過菸盒警示圖文而來電之比率在 2014、2015 年均為第一位，顯示吸菸者確實因改版而注意到戒菸專線電話號碼；且財政部表示新版健康警示圖文有助於查緝走私時清楚辨識是否為合法繳納稅捐之菸品。

2015 年起再度透過民眾徵稿活動、設計公司設計製作等方式，開發新的警示圖文及資料庫。其中辦理「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。

2016 年度「菸品健康警示圖文暨圖庫開發計畫」承接 2015 年度工作結果持續進行，主要完成下列幾項工作，包括：辦理 3 次專家座談、6 次北中南焦點群體座談、進行 4 次主要警圖設計修改、警圖影片拍攝工作、全台量化問卷調查工作及舉辦「菸品容器包裝健康警示圖文輪替更新」共識會議。除此之外，也針對最新的警圖設計研究及素面包裝趨勢，進行文獻資料蒐集與研究。

有關菸害防制法新規定實施取締現況，2017 年各縣市政府衛生局共稽查菸品容器之相關標示計 14 萬 8,427 次。各縣市政府衛生局共稽查販賣菸品場所標示及展示計 17 萬 1,445 次，違規處分計 23 件，罰緩共 42 萬 3,350 元。

香港 2017 年通過菸盒之警示圖文面積擴大至 85%

2016 年邀請教育單位、專家學者及相關民間團體召開共識會議

2016 年邀請教育單位、專家學者及相關民間團體召開共識會議

2016 年各領域專家學者出席第一次專家座談會

宣導與培訓

菸害防制宣導與成效

2017 年度菸害防制媒體宣導以菸品危害，電子煙危害、戒菸服務、COPD 防治為主軸，針對不同宣導對象族群製作短片、廣播、海報、單張、手冊等衛教素材，並運用電視、廣播、戶外、平面、網路廣告、社群平台等多元媒體宣導，透過親情訴求、偶像代言、民間團體及跨部會倡議等方式，讓民眾瞭解一手菸、二手菸、三手菸、電子煙對健康的危害及戒菸好處，並提醒不同類型吸菸者及早戒菸，守護家人及自身健康。

菸害防制幼兒讀本

為從小扎根幼兒拒菸的概念與勇氣，國民健康署於 2011-2012 年開發菸害防制幼兒讀本「無菸的家 立體遊戲書」，透過幼兒的言語或影音媒體體驗，將菸害防制融入幼托園所、國小等幼教資源，鼓勵教師依學童特性，應用本拒菸教材，讓菸害防制工作能向下札根，為擴大及深化營造孩子們無菸意識，2017 年追加印製 40,000 本，幫助各縣市推動無菸家庭宣導，保護兒童遠離菸害。

「無菸的家」著色比賽

為讓菸害防制觀念從小扎根，國民健康署於 2017 年 9 月 15 日至 11 月 15 日期間舉辦「2017 無菸的家著色徵圖比賽」，希望透過創意著色及繪畫比賽，激發孩子觀察力、想像力與創造力，於著色繪畫中學習二手菸及三手菸造成的危害，進而讓家長了解無菸家庭的重要性，並在繪畫的過程中亦能思考、設計、創意發想屬於自己無菸的家，從彩繪中了解菸品害處並將無菸觀念帶入家庭。

本次比賽競爭相當激烈，共有逾 2 萬 5 千件參賽作品，評審團由創意理念、美術表現、藝術美感，依幼兒園、國小低、中、高年級，分四組選出特優 1 件、優選 1 件、佳作 3 件及入選 6 件，共計 44 件優秀作品得獎。資深繪畫老師陳學建代表評審團分析，得獎畫作都很優秀，無論是精緻謹慎或是個性化的用色或留白都可發現小朋友豐富的想像力，融入生活中的童趣、善用複合材料在繽紛色彩、紋理陰影變化來表達對菸害的想像。

菸害教育互動體驗車

家庭是幼兒長時間生活的環境，若家中有大人吸菸，幼兒就有可能長期暴露在二手菸、三手菸的環境中。衛福部國民健康署與網紅插畫家　小學課本的逆襲　合作，打造全台首輛　三手菸　菸害教育互動體驗車，透過　菸害小偵探 密室的三手菸事件　互動遊戲，尋找殘留的三手菸，將菸害教育融入日常生活，讓民眾深入瞭解三手菸對健康的危害，深入國中小、高中校園，大手牽小手以行動號召一同向三手菸說不，2017 共計辦理 12 場場次，體驗人數達 2 萬人次以上。

無菸的家互動體驗車

結合民眾活動巡迴全台各縣市

巡迴全台校園及各縣市公開場次進行宣導

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 2016 年公開徵求民間辦理 Quit & Win 戒菸就贏，八屆活動總共吸引近 20 萬名癮君子體驗戒菸，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「2016 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『2016 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 76.7%，一年後成功戒菸率為 34.4%，而 9 成 5 參賽者支持未來繼續舉辦戒菸就贏活動。另外，有 81.8% 的地方政府衛生局承辦人員認為「2016 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。

2017.5.31 拒菸舞士「拒菸最魅力」活動

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，幫助成就了近 20 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「2016 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。

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（2017 年計辦理 8,668 場次），除因應不同時期之重點宣導議題，適時發布菸害防制宣導相關新聞稿，亦透過整合多元的大眾傳播與媒體通路，如：電視、廣播、宣傳車、戶外看板、交通要道 LED 電視牆等，加深大眾對於菸害防制教育的概念，宣導菸害防制重要性，凝聚民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。

宜蘭縣情人節活動菸害宣導

嘉義市結合學生志工及春暉認輔志工團於社區宣導菸害防制

嘉義縣無菸劇團校園巡演

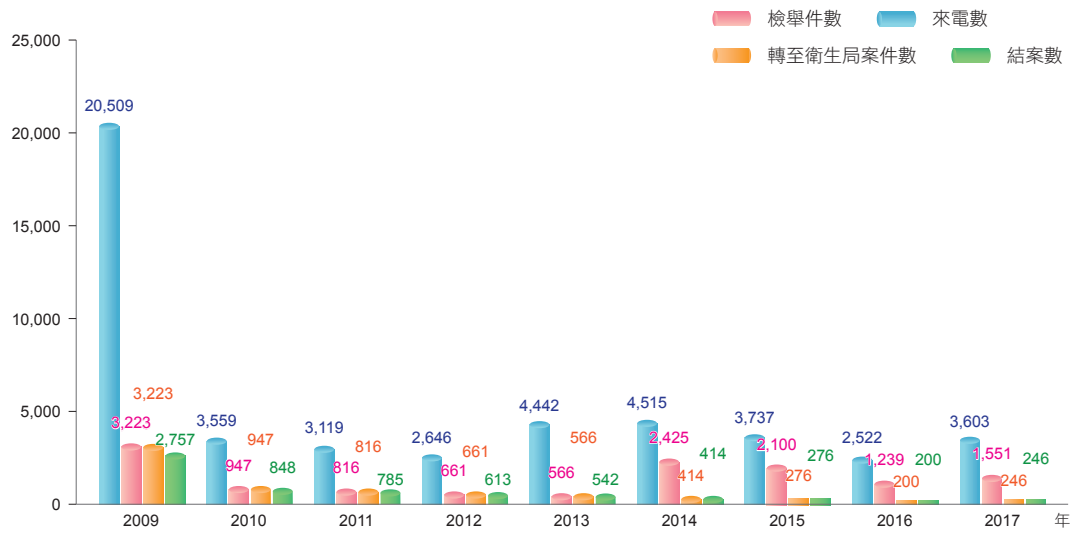
彰化縣大甲媽電子煙宣導

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 ～ 2017 年，0800-531-531 諮詢專線共接聽民眾來電 48,692 通，檢舉數達 13,528 件（圖 1-7）。

圖 1-7　菸害防制諮詢與申訴服務專線轉至衛生局數量統計



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。
＊ 2009 年菸害防制法新規定生效。

另外，隨著民眾對菸害防制法已有相當瞭解，2017 年統計菸害諮詢及檢舉專線來電量共接聽民眾來電 3,603 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 246 件，其中檢舉最多案件為住宅菸害佔 62%；其次為馬路、人行道菸害佔 10%、騎樓菸害佔 7%、職場菸害佔 6%，依據統計顯示民眾大多詢問有關本專線之用途、菸害防制法規範內容、提出住家菸害問題與檢舉，以及其他對菸害防制之建議，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，惟過去菸害防制工作同仁多擅長宣導、教化、輔導、勸誡等健康促進技能，對於具強制力之法規執行較不熟悉；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，並使執法人員均能嫻熟法令，齊一執法標準，避免做出歧異之行政處分，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。

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，以菸害防制法、相關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，並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。

2017 年共完成「菸害防制法執法人員訓練」，完成初階訓練 4 場計 211 人完訓，進階班 1 場計 51 人完訓，另外，為瞭解受訓學員整體收穫，是否能夠將所學課程內容實際運用於未來執行菸害防制工作，藉由追蹤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經上課前後測，整體滿意程度表示高度肯定。

課後考試成績顯示，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重點工作，如執法稽查取締、監測調查（如吸菸率、二手菸暴露率…）、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，依達成戒菸服務量評定分數，亦鼓勵特殊或困難事項予以加分。

2017 年菸害防制工作計畫考評項目包括「整體目標策略」、「菸害防制執法稽查取締」、「青少年菸害防制」、「戒菸服務」及「無菸環境宣導」五大構面。以「菸害防制執法稽查取締」考評項目為例，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 歲者之喬裝測試稽查成效配分，以加強保護青少年健康。

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，2017 年分別於南區、北區各辦理 1 梯次「縣市菸害防制交流工作坊」，計有 161 人參加，除了進行各縣市菸害防制成果展外，南區課程內容除含括「年度菸害防制重點業務說明」、「菸害防制法實務交流」、「聯合國永續發展目標（SDGs）與菸草控制」、「換位思考，政府、菸商、民代想什麼？」、「新興媒體創新應用」，並請各縣市分享「「國王國王要戒菸」兒童劇及兒童故事繪本」、「與信仰、文化結合之防制策略－無菸部落 / 教會」、「無菸古蹟營造經驗」等實務交流與問題討論；北區課程內容包括「菸害防制現況與展望」、「健康識能介紹及專業應用—以菸害防制為例」、「跨縣市聯合稽查專案及案例研討」、「縣市菸害執法成效」、「菸害防制法最新修法方向及後續配套措施」、「臺北馬偕醫院特色健康職場參訪」及「菸害防制宣導素材效益評析」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。

特別演講－聯合國永續發展目標（SDGs）與菸草控制

分組互動課程－講師引言及立場分析

分組互動課程－講師引言及立場分析

分組互動課程－組別對談及綜合討論

分組互動課程－組別對談及綜合討論

分組互動課程－組別對談及綜合討論

在地菸害防制特色成果參訪－正修科技大學

在地菸害防制特色成果參訪－正修科技大學

在地菸害防制特色成果參訪－正修科技大學

菸害業務教戰攻略大公開－重要工作規劃及計畫撰寫經驗分享

菸害業務教戰攻略大公開－菸害防制特色教材分享

特色健康職場參訪－馬偕醫院

特色健康職場參訪－馬偕醫院

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，許多國家立法明定禁止菸草廣告宣傳贊助。

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，依法積極辦理菸品不法廣告或促銷稽查，2009～2017 年全國稽查數 288 萬 5,845 件，處分數總計 108 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（67/108，62%），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（13/108，12%），第四款以菸品作為銷售物品、活動之贈品或獎品（12/108，11.1%），第六款以單支、散裝或包裝之方式分發或兜售（2/108，1.8%），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（6/108，5.5%）。進一步分析各縣市衛生局，這 9 年處分違規菸品廣告或促銷之情形，以台中市處分數 38 件（35.1%）占最多，其次為台北市 22 件，高雄市 10 件，新北市 10 件，臺南市 7 件，南投縣 5 件及苗栗縣 4 件，宜蘭縣 3 件，桃園市、基隆市、金門縣各 2 件，台中市、彰化縣、嘉義縣、屏東縣各 1 件（表 1-1）。

表 1-1　2009-2017 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
臺中市	38	48,860,000	桃園市	2	150,000
台北市	22	51,605,000	金門縣	2	150,000
高雄市	10	5,950,000	基隆市	2	5,100,000
新北市	10	15,526,850	彰化縣	1	5,000,000
臺南市	7	710,000	嘉義縣	1	100,000
南投縣	5	490,000	屏東縣	1	100,000
苗栗縣	4	22,800,000	台中縣	1	100,000
宜蘭縣	3	15,000,000	合計	109	171,641,850

2009 ～ 2017 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 516 萬 5,000 元，苗栗縣菸盒廣告促銷菸品罰鍰 2,280 萬元，臺中市菸盒廣告促銷菸品罰鍰 4,886 萬元，高雄市菸品附贈圖卡、贊助罰鍰 595 萬元，宜蘭縣菸品廣告促銷罰鍰 1,500 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 500 萬元，網路促銷菸品罰鍰10萬元，彰化縣菸盒廣告促銷菸品罰鍰 500 萬元等，合計第 9 條罰鍰 1 億 7,164 萬 1,850 元。

菸害防制法稽查處分

為提升《菸害防制法》稽查工作效率，有效資料應用，並提供中央及地方衛生主管機關即時掌握《菸害防制法》執法狀況以研擬因應策略，於 2004 年 1 月起建置「《菸害防制法》稽查處分通報及個案管理資訊系統」。為配合《菸害防制法》新規定上路，更於 2009 年 5 月 16 日完成系統更新上線，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 2,606 件，2015 年為 1,335 件，2016 年為 467 件，2017 年為 372 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。

2017 年全國菸害稽查家數 76 萬 667 家、稽查 527 萬 5,183 條文，處分數 7,231 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 2,883 件（39.8%）、（2）未滿 18 歲吸菸者 2,274 件（31.4%）、（3）禁菸場所未設置禁菸標示及供應與吸菸有關器物 856 件（11.8%）（表1-2、1-3、1-4）。執法結果罰鍰最多為台南市，其次為高雄市；而處分未滿 18 歲吸菸者，以台中市占最多，其次為台北市；處分於禁菸場所吸菸者以高雄市最多，新北市次之；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花蓮縣違規最多，其次為桃園市。進一步分析發現，2017 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 1-5）；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，這些行為不僅違反《菸害防制法》禁菸場所禁菸規定也違反《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，除請相關主管機關共同依法查處外，並嚴厲表達譴責監護人，使之勿心存僥倖，以身試法外，更呼籲各界正視兒童菸害問題。

表 1-2　2010-2017 年縣市衛生局執行菸害防制法稽查處分查獲吸菸行為人

類別 / 縣市 / 年度	稽查吸菸行為人															
	稽查數								處分數							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
台北市	45,532	42,881	140,115	87,431	86,977	65,605	67,897	44,558	328	514	554	277	322	262	223	162
高雄市	36,017	52,625	129,765	48,373	40,365	41,228	44,192	27,839	712	1,819	1,473	1,460	1,323	953	1,035	480
新北市	18,225	22,154	162,420	84,362	87,820	66,559	67,725	14,522	371	450	224	225	284	420	789	167
宜蘭縣	14,471	23,441	29,342	21,082	18,899	20,952	19,465	18,987	47	73	97	54	86	53	55	40
桃園縣	20,846	24,831	54,190	60,184	67,011	47,159	57,503	49,562	292	251	198	107	303	97	155	311
新竹縣	10,898	14,147	30,424	20,159	18,563	15,185	17,795	21,053	177	26	12	19	24	11	53	74
苗栗縣	6,561	6,345	22,498	16,126	16,552	14,515	9,896	12,989	50	25	140	167	332	241	205	219
彰化縣	19,885	12,595	37,198	32,152	35,207	38,432	29,801	26,830	78	58	33	44	22	46	35	18
南投縣	5,622	17,614	36,689	28,735	25,568	33,560	36,476	15,844	27	25	30	40	47	41	50	90
雲林縣	9,771	10,612	18,475	22,160	22,631	23,292	17,786	18,283	156	104	120	70	52	33	41	34
嘉義縣	6,060	12,428	28,097	16,812	15,397	15,039	12,613	16,304	71	68	65	66	22	30	43	61
屏東縣	15,610	17,075	39,208	47,478	48,401	49,860	47,117	11,933	191	257	164	187	273	212	190	87
台東縣	4,400	5,373	6,893	7,675	8,836	9,247	6,491	9,153	19	6	5	52	48	24	116	39
花蓮縣	8,473	10,386	15,870	13,670	14,492	13,982	13,658	15,430	97	126	47	184	132	210	212	145
澎湖縣	2,637	3,131	7,219	4,107	4,309	4,207	2,902	2,259	2	1	0	1	4	0	11	5
基隆市	15,053	17,274	13,083	12,864	13,846	14,409	17,427	12,215	163	235	102	124	94	149	141	64
新竹市	5,369	5,890	27,447	12,539	9,757	11,117	11,212	7,272	326	191	227	72	52	57	78	271
台中市	138,268	85,464	167,265	116,184	121,125	97,616	107,503	68,187	933	822	834	695	274	194	229	132
嘉義市	22,358	3,772	14,982	14,593	18,229	12,312	10,997	16,429	49	35	37	88	52	32	27	86
台南市	33,216	29,631	71,580	79,012	53,258	46,771	52,714	66,005	508	511	377	342	482	464	361	396
金門縣	941	3,065	2,608	1,601	1,587	1,169	1,564	1,613	8	3	18	40	33	20	23	2
連江縣	399	428	478	387	395	357	600	806	1	0	2	7	0	0	0	0
合計	440,612	421,162	1,055,846	747,686	729,225	642,573	653,334	478,073	4,606	5,600	4,759	4,321	4,261	3,549	4,072	2,883

表 1-3　2010-2017 年縣市衛生局執行菸害防制法稽查處分未滿 18 歲吸菸者

縣市＼類別＼年度	稽查未滿 18 歲者吸菸															
	稽查數								處分數							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
台北市	23,391	22,123	31,572	27,132	30,303	27,657	25,177	61,211	408	196	207	262	201	133	149	1
高雄市	29,880	43,510	59,811	41,418	28,045	29,742	10,803	59,552	111	225	461	191	230	299	259	173
新北市	7,906	17,640	42,636	55,435	23,872	18,169	7,584	77,553	1,542	945	570	642	384	1,259	932	2
宜蘭縣	14,064	23,081	28,966	20,737	18,585	20,706	19,276	19,130	27	7	46	13	43	55	49	122
桃園縣	13,609	17,614	43,225	46,235	46,854	35,942	53,005	63,669	116	124	279	112	278	306	279	28
新竹縣	10,288	13,878	29,961	19,860	17,956	14,789	17,471	22,588	174	119	85	118	114	81	88	55
苗栗縣	5,139	5,532	20,957	15,166	16,482	14,431	9,628	12,853	12	37	220	88	326	196	197	1
彰化縣	18,285	12,315	37,033	31,960	34,787	38,219	29,775	26,812	72	11	11	8	1	67	6	6
南投縣	1,807	7,228	10,677	9,816	10,125	10,659	11,046	29,081	292	315	329	217	236	183	120	16
雲林縣	8,645	10,047	17,810	20,944	20,258	20,242	17,551	18,748	12	13	11	8	13	40	46	60
嘉義縣	4,568	10,151	17,856	14,227	12,885	12,142	9,987	17,779	66	32	28	19	45	45	41	58
屏東縣	5,092	5,039	10,322	9,331	8,835	7,932	7,824	37,411	87	98	43	27	187	103	91	30
台東縣	3,035	4,068	3,812	4,274	4,581	5,002	6,077	9,534	32	80	59	38	76	38	119	60
花蓮縣	5,393	6,066	8,072	7,600	13,627	13,234	13,269	15,850	45	47	23	49	21	68	57	5
澎湖縣	812	662	1,418	980	1,163	1,395	977	2765	64	60	59	78	50	79	52	33
基隆市	14,797	17,052	12,910	12,620	12,851	13,927	16,708	19,108	89	67	32	31	34	49	51	15
新竹市	4,932	5,853	17,955	12,432	9,851	11,360	7,173	14,507	228	251	183	235	390	329	343	59
台中市	77,279	49,051	51,373	56,220	49,273	28,081	23,114	102,606	439	219	273	186	153	168	146	171
嘉義市	21,101	3,608	14,646	13,956	17,817	12,179	10,900	16,427	9	2	10	44	53	59	45	132
台南市	28,192	27,232	69,649	77,768	51,425	44,886	45,896	73,008	75	136	183	208	220	231	220	1157
金門縣	772	2,650	2,280	1,493	1,335	1,145	1,546	1,661	1	2	11	16	17	15	14	63
連江縣	392	315	476	378	224	238	600	806	0	0	0	0	0	0	0	27
合計	299,379	304,715	533,418	499,982	431,134	382,077	345,387	702,659	3,901	2,985	3,123	2,590	3,072	3,803	3,304	2,274

表 1-4　2010-2017 年縣市衛生局執行菸害防制法稽查處分禁菸場所未設置禁菸標示及供應與吸菸有關器物

縣市＼類別＼年度	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							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
台北市	45,141	41,630	139,809	85,185	88,036	66,890	67,198	61,211	100	224	133	69	42	45	30	1
高雄市	35,398	49,735	130,655	46,579	38,759	39,209	42,498	59,552	11	9	72	81	113	104	76	165
新北市	17,838	20,705	158,359	84,087	87,518	66,123	66,834	77,553	104	157	90	79	58	60	40	0
宜蘭縣	14,423	23,303	29,253	21,009	18,740	20,860	19,211	19,130	7	12	24	39	8	8	13	2
桃園縣	20,508	24,802	54,099	60,539	65,310	40,003	50,643	63,669	7	1	4	15	27	23	59	118
新竹縣	10,733	14,134	30,414	20,138	18,540	15,169	17,393	22,588	7	1	1	3	4	2	5	28
苗栗縣	6,304	6,300	22,297	15,757	16,124	14,283	9,633	12,853	10	9	12	6	10	10	0	31
彰化縣	19,828	12,547	37,165	32,091	35,170	38,385	29,765	26,812	0	6	1	2	2	0	1	1
南投縣	5,484	17,513	36,407	28,676	25,448	32,726	36,224	29,081	5	7	6	1	6	5	4	6
雲林縣	8,756	10,259	18,077	21,564	21,687	20,987	17,413	18,748	44	46	30	47	17	19	27	16
嘉義縣	5,823	12,232	28,171	16,637	15,316	15,227	11,418	17,779	0	0	0	1	2	0	0	60
屏東縣	15,302	16,608	38,993	46,799	48,075	48,691	45,740	37,411	15	12	9	17	16	7	10	58
台東縣	4,250	5,416	6,364	7,548	8,276	8,605	5,920	9,534	0	0	0	0	0	4	7	30
花蓮縣	8,453	10,076	15,768	13,496	14,467	13,622	13,163	15,850	1	1	0	0	21	26	16	60
澎湖縣	2,579	3,018	6,876	4,072	4,282	4,214	3,077	2765	0	0	2	0	4	0	1	5
基隆市	14,812	17,036	12,979	12,717	12,937	14,256	16,644	19,108	15	6	7	3	14	24	23	32
新竹市	5,034	5,699	27,499	12,457	9,593	11,057	8,690	14,507	0	0	2	0	0	0	0	14
台中市	137,898	84,455	170,259	115,483	120,794	97,306	105,545	102,606	118	212	108	92	76	44	52	59
嘉義市	22,322	3,759	14,900	14,366	18,152	12,275	10,854	16,427	7	9	5	11	5	21	9	0
台南市	33,789	29,424	71,348	78,799	52,761	46,501	51,776	73,008	18	65	29	35	116	258	76	170
金門縣	938	3,060	2,589	1,531	1,577	1,146	1,515	1,661	1	1	0	5	1	3	0	0
連江縣	397	446	467	376	383	361	599	806	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	436,010	412,157	1,052,748	739,906	721,945	627,896	631,753	702,659	470	778	535	506	542	663	449	856

表 1-5　2010-2017 年菸害防制法處分未滿 18 歲吸菸者違規場所分析

常見違規場所 \ 年度	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
非禁菸場所	3,147（80.7%）	2,171（72.8%）	1,838（58.9%）	1,675（64.7%）	1,737（56.5%）	2,456（64.6%）	1,982（59.8%）	950（46.40%）
網咖	327（8.4%）	190（6.4%）	236（7.6%）	119（4.6%）	142（4.6%）	103（2.7%）	96（2.9%）	66（3.2%）
國小、國中、高中	291（7.5%）	504（16.9%）	739（23.7%）	670（25.9%）	852（27.7%）	994（26.2%）	1,000（30.2%）	855（41.70%）
車站	21（0.5%）	8（0.3%）	14（0.4%）	3（0.1%）	16（0.5%）	11（0.3%）	14（0.4%）	20（1.7%）
醫院	1（0.0%）	3（0.1%）	0（0.0%）	0（0.0%）	0（0.0%）	0（0.0%）	0（0.0%）	42（3.7%）
大專	4（0.0%）	1（0.0%）	2（0.1%）	28（1.1%）	223（7.3%）	85（2.2%）	61（1.8%）	57（2.8%）
其他	108（2.9%）	108（3.6%）	294（9.3%）	95（3.7%）	102（3.3%）	150（3.9%）	161（4.9%）	161（4.9%）
合計	3,899（100%）	2,985（100%）	3,123（100%）	2,590（100%）	3,072（100%）	3,799（100%）	3,314（100%）	2,002（100%）

表 1-6　2017 年縣市衛生局執行菸害防制法稽查處分數比較

縣市 \ 項目	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	37,688	10	60,875	19	379,976	45.89
高雄市	32,183	56	62,904	1,086	365,603	29.68
新北市	14,228	99	77,942	623	349,333	32.64
宜蘭縣	18,955	5	19,000	33	195,045	25.4
桃園縣	35,354	31	64,379	219	508,487	45.83
新竹縣	19,999	28	22,363	85	200,970	31
苗栗縣	12,783	9	12,953	126	142,437	17.48
彰化縣	26,821	4	26,830	13	278,706	25.02
南投縣	16,322	4	28,939	48	228,748	36.63
雲林縣	18,552	5	18,529	26	224,889	23.82
嘉義縣	16,246	11	17282	54	181,978	24.88
屏東縣	11,838	8	36,909	178	237,619	43.06
台東縣	8,768	6	9,169	34	96,328	15.35
花蓮縣	4,985	12	16,053	195	118,098	20.42
澎湖縣	1,900	0	2,386	0	26,469	6.69
基隆市	6,662	13	18,899	104	115,752	29.01
新竹市	4,393	24	14,693	140	74,226	21.8
臺中市	79,468	37	100,000	264	748,783	55.98
嘉義市	16,366	23	16,346	8	148,168	26.33
臺南市	65,783	40	73,055	428	638,529	41.07
金門縣	176	0	1607	2	6,840	3.53
連江縣	804	0	806	0	8,199	2.42

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，2017 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專業服務，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 年吸菸率較 2010 年降三成，因此本署自 2010 年提出「戒菸行動年」於建國百年規劃「多元戒菸服務網絡」爭取經費；2013 年 3 月開始，除既有的門診戒菸與戒菸專線，擴大藥師、護理人員、牙醫師凡各類醫療專業人員參與；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，2017 年戒菸專線共服務 1 萬 3,818 人，6 個月點戒菸成功率達 42.4%；戒菸班共計辦理 468 場，服務 8,045 人；菸害防制相關宣導教育活動計辦理 7,743 場次；參加初、進階戒菸衛教訓練合格人數共 7,410 人，且有超過 4,000 家戒菸服務合約醫事機構戒菸服務，服務人次較 2016 年成長 29.6%。

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「菸草控制框架公約」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。

吸菸如敷面魔海報

「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 萬多個寶貴的生命，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，但當時採定額補助，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。

2016 年 1 月 7 日　刊於台灣醒報－勇健您的肺

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，提供戒菸者客製化諮詢與支持，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。

經過評估試辦計畫個案數量與成功率顯著增加，形成常設服務，並於 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，站在最有利的位置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，開立 1-4 週藥物。

- **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 1-7　戒菸服務沿革表

<table>
<tr><th>項目</th><th>2002</th><th>2003-2004</th><th>2005</th><th>2006</th><th>2012.3</th><th>2012.9</th><th>2014.5</th><th>2015.11</th></tr>
<tr><td>醫事人員</td><td>家醫科 / 內科</td><td>家醫科 / 內科
精神科</td><td colspan="2">專科醫師</td><td colspan="2">專科醫師
藥師
戒菸衛教師</td><td colspan="2">專科醫師
牙醫師
藥事人員
戒菸衛教師</td></tr>
<tr><td>療程</td><td colspan="4">每年 1 療程（8 週）</td><td colspan="4">每年 2 療程（每療程 8 週）</td></tr>
<tr><td>場域</td><td colspan="4">門診</td><td>門診 / 住院 / 急診</td><td colspan="3">門診 / 住院 / 急診 / 藥局</td></tr>
<tr><td>診察費補助</td><td colspan="2">250 元 / 次</td><td colspan="2">350 元 / 次</td><td colspan="4">250 元 / 次</td></tr>
<tr><td rowspan="2">藥品費補助</td><td colspan="2">250 元 / 週</td><td>400 元 / 週</td><td>250 元 / 週</td><td colspan="3" rowspan="2">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）</td><td colspan="2">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）</td></tr>
<tr><td colspan="3">-</td><td colspan="2">低收入戶：500 元 / 週</td></tr>
<tr><td>孕婦轉介費</td><td colspan="4">-</td><td colspan="4">100 元 / 每次懷孕</td></tr>
<tr><td>戒菸衛教費</td><td colspan="4">-</td><td colspan="4">100 元 / 次</td></tr>
<tr><td>個案追蹤費</td><td colspan="4">-</td><td colspan="4">50 元 / 次</td></tr>
</table>

戒菸治療全面啟動

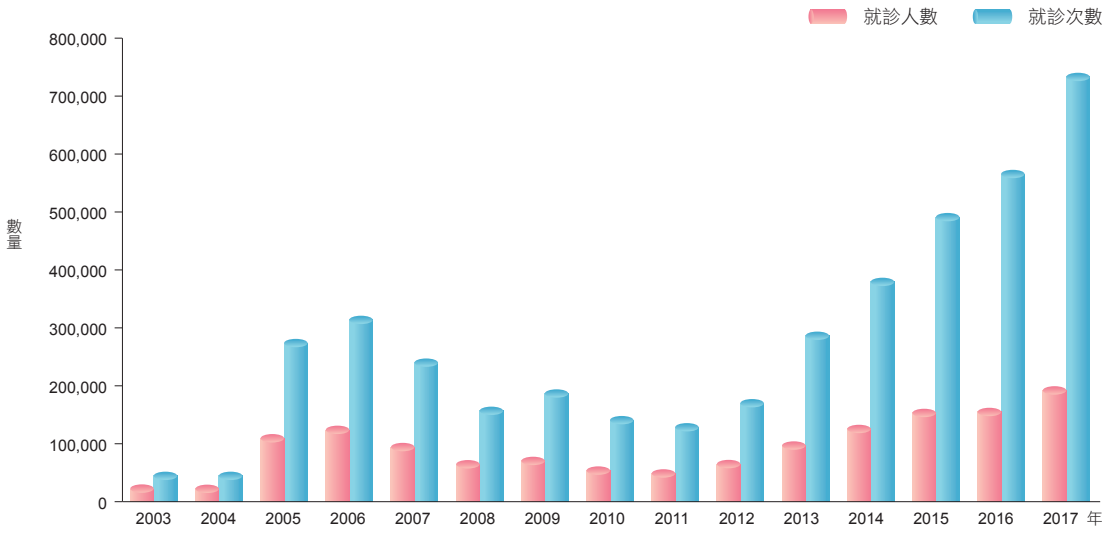
- **住院、急診亦可戒菸：把握機會，不限門診，一年給付 2 療程共 16 次診察及 16 週藥品費。**
- **戒菸衛教，團隊出擊，共同照護：用藥之外，亦給付 16 次戒菸衛教關懷及追蹤。**
- **個案管理，全程追蹤：3 個月及 6 個月個案追蹤。**
- **質量雙全：論服務計酬 + 論表現計酬**

－論服務量計酬：新增「戒菸服務品質改善措施」，接受各合約醫事機構申請辦理；經審查通過者，將取消該合約醫事機構戒菸服務量年度申報人次上限。

－論表現計酬：視年度服務量、個案戒菸情形填報率、戒菸成功率、成功戒菸之單位成本等服務績效，擇表現優異者，以醫事機構為單位，予以獎勵。

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 2017 年戒菸服務合約醫事機構超過 4,000 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 2017 年 12 月，接受戒菸服務之個案數為 69 萬 6,404 人（扣除歷年重複就診者）（圖 1-8）。

圖 1-8 戒菸服務量變化趨勢



提供服務之醫師、牙醫師、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。

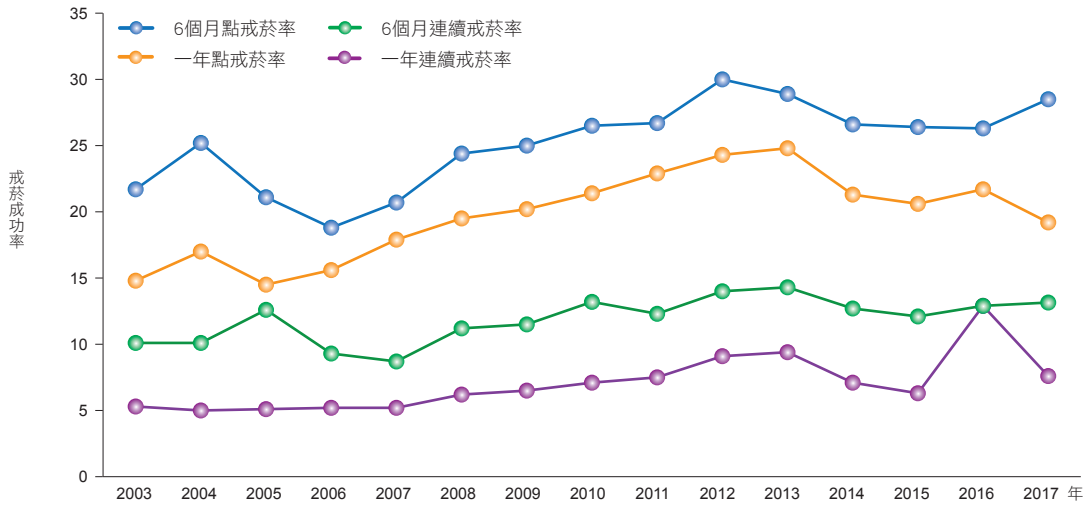
為瞭解戒菸服務之效益，以電話訪問方式追蹤接受戒菸服務個案之 6 個月點戒菸成功率（即自接受服務開始算起 6 個月時間點回推 7 天維持不吸菸之個案），自 2009 年 1 月至 2017 年 12 月止接受戒菸服務之戒菸成功率（如圖 1-9）。2017 年各層級醫事機構 6 個月點戒菸成功率以醫學中心 36.2% 最高，戒菸成功人數則以基層診所最高，而基層診所以分布較廣且具便利性之優勢，服務人數也最多（如下表 1-8）。

表 1-8 2017 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	推估戒菸成功人數
醫學中心	15,955	43,177	36.2%	7,770
區域醫院	30,382	87,052	30.1%	9,148
地區醫院	16,961	52,606	29.2%	4,960
診所	57,153	177,807	28.7%	16,376
衛生所	33,637	70,567	24.6%	8,260
牙科診所	6,147	11,866	17.6%	1,079
社區藥局	37,767	290,031	29.4%	10,804
總計	192,080	733,106	28.6%	54,672

資料來源：國民健康署戒菸治療管理中心

圖 1-9　戒菸成功率變化趨勢



本署自 2012 年 3 月 1 日起推出二代戒菸服務，並利用「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 2017 年 11 月 28 日於「健康促進與照護機構成果發表會」公開表揚「戒菸服務品質改善措施」績優醫事機構（如表 1-9），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。

2016 年 5 月 31 日爽報－老菸槍易肺氣腫，走路就喘戒菸治療

2016 年 9 月 25 日中國時報－接戒菸大使律己，老蕭菸癮 Hold 得住

表 1-9 「戒菸服務品質改善措施」2017 年獲表揚之績優醫事機構

院所別	名稱
醫學中心	高雄榮民總醫院
	國立成功大學醫學院附設醫院
	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院
	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院
	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院
	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院
地區醫院	臺北醫學大學附設醫院
	佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院
	衛生福利部桃園醫院
	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院
	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院
	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院
	新北市立聯合醫院
	敏盛綜合醫院
	臺南市立安南醫院－委託中國醫藥大學興建經營
	天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院
	臺北市立聯合醫院忠孝院區
	林新醫療社團法人林新醫院
	衛生福利部雙和醫院（委託臺北醫學大學興建經營）
	彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院
	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院
	行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院
	衛生福利部屏東醫院
	臺北榮民總醫院桃園分院
	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院
	臺北市立聯合醫院仁愛院區
	佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院
	衛生福利部基隆醫院

院所別	名稱
地區醫院	臺北市立聯合醫院和平院區
	衛生福利部臺北醫院
	振興醫療財團法人振興醫院
	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處
地區醫院	健仁醫院
	天成醫院
	天主教耕莘醫療財團法人永和耕莘醫院
	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院
	陽明醫院
	高雄市立岡山醫院（委託秀傳醫療社團法人經營）
	國立臺灣大學醫學院附設醫院竹東分院
	中壢長榮醫院
	臺北市立關渡醫院－委託臺北榮民總醫院經營
衛生所	新北市蘆洲區衛生所
	新北市永和區衛生所
	新北市板橋區衛生所
診所	博文診所
	永和耳鼻喉科診所
	廣全家庭醫學科診所
	林黑潮診所
	九如聯合診所
	瑞隆診所
	永安診所
	安南高家醫診所
藥局	澄清藥局
	海安藥師藥局
	好安心藥局
	新華興清溪藥局

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：有勸戒比沒勸戒戒菸成功率高；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。

醫師「一句話」勸戒，在每 100 個吸菸者中可以增加 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，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 萬元社會成本，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堅定、關心地勸戒，就可能幫國家社會省下很多錢，醫療人員的一句話，「不只千金，價值萬金」！

2017 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 年開始持續委託台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）製作標準化門診戒菸教材（2）辦理教育訓練（3）計畫成效評價（4）設置及維護門診戒菸訓練醫師學員及講師資料庫（5）辦理品質提升輔導與溝通。

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。2017 年共計辦理 4 場課程，培訓 234 位醫師（歷年培訓醫師數如下表 1-10），其中為鼓勵更多心臟科醫師參與戒菸服務，使民眾瞭解吸菸會增加心血管疾病的風險，本署於 2017 年 12 月 10 日與中華民國心臟學會合作，於其冬季學術研討會中安排 1 場戒菸治療醫師訓練課程。此次課程改採 4 小時線上學習課程及 3 小時實體課程，並經考試及格即取得學分認證方式辦理。歷年合格受證人數自 2002 年至 2017 年 12 月底共計 1 萬 3,487 人，約占執業醫師數 28.9%，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 1-10）。

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，2017 年邀請高雄長庚紀念醫院家庭醫學科黃志芳醫師撰寫「戒菸對外科手術的好處」。

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 1-11）。

表 1-10　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	986
2013	538
2014	836
2015	556
2016	370
2017	161
總計	13,487

註：扣除重複培訓之醫師數

圖 1-10　2002-2017 年各專科醫師戒菸培訓認證數

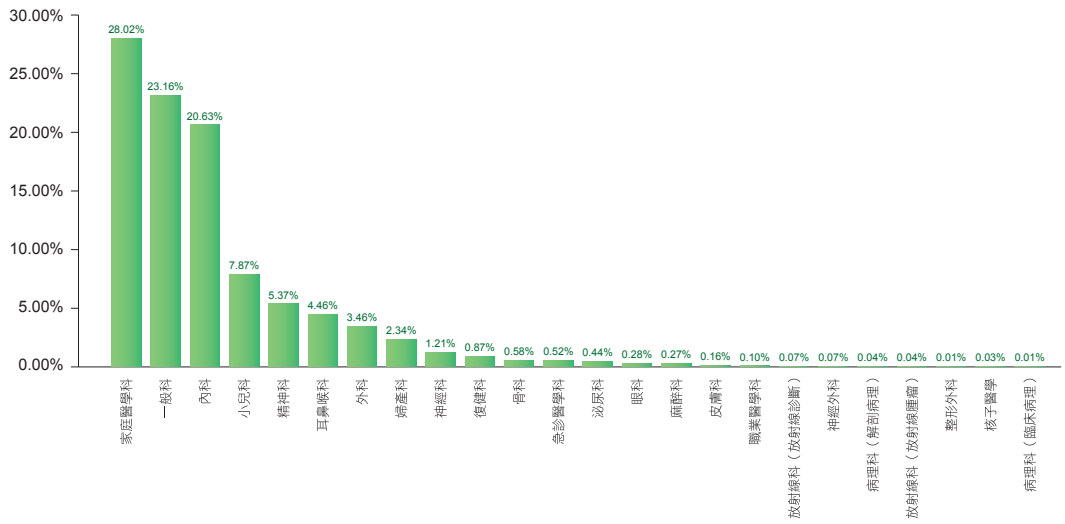


表 1-11　培訓前後醫師對於提供戒菸服務之自信心差異

	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	3.52±1.00	225	-0.90±0.98	＜0.001***
上課後	4.42±0.51	225		
您現在對“評估吸菸者尼古丁依賴程度”有沒有自信？				
上課前	3.16±1.06	225	-1.21±0.96	＜0.001***
上課後	4.37±0.57	225		
您現在對“處方戒菸藥物”有沒有自信？				
上課前	3.06±1.10	225	-1.30±1.00	＜0.001***
上課後	4.36±0.56	225		
您現在對“戒菸之行為治療”有沒有自信？				
上課前	3.22±1.05	225	-1.04±0.93	＜0.001***
上課後	4.26±0.62	225		
您現在對“執行戒菸服務”的意願？				
上課前	4.20±0.75	225	-0.32±0.72	＜0.001***
上課後	4.52±0.58	225		

***： P< 0.001　　資料來源：台灣家庭醫學醫學會

戒菸治療醫師訓練－學員上課情形

戒菸治療醫師訓練－學員上課情形

戒菸治療醫師訓練（冬季學術研討會）

戒菸治療醫師訓練（冬季學術研討會）－學員上課情形

藥事人員戒菸衛教師訓練

鑑於社區藥局分布甚廣，約有八千家藥局，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，而且社區藥局是醫療照護體系中民眾自我照護的起點，也是社區民眾基層的健康中心，社區藥局的執業藥師除了依據醫師處方箋調劑及針對社區民眾擬自行照護健康者給予適當的指示藥品及成藥外，也與社區中吸菸者接觸的機會甚多，可以輔導社區民眾戒菸或拒絕二手菸的健康觀念，對於有意願要戒菸的社區民眾提供戒菸管理相關服務，包含吸菸行為管理、戒菸藥物之正確使用、戒菸個案追蹤輔導及戒菸心理諮詢轉介等業務，以期讓無菸社區的觀念深入社區，讓民眾享受優質之藥事照護。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）藥事人員戒菸衛教師訓練課程（如下表 1-12）。

表 1-12　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	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）	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（2 小時）	1. 戒菸藥物的評估與調整（1 小時） 2. 戒斷症候群之處理 - 戒菸的誘惑與困難（1 小時） 3. 運動與體重控制 （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）	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實務應用（3 小時）
課外實務訓練 15 小時			1. 戒菸專線（3 小時） 2. 戒菸班（6 小時） 3. 門診 / 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）

為給參與戒菸衛教的藥事人員，在未來面對民眾戒菸諮詢時，更能充分的善用所學的溝通技巧，亦編撰「藥事人員自我照護教材」以及「藥事人員戒菸諮詢技巧手冊」發送高階培訓課程學員，2012 至 2017 年共 2,671 位藥事人員參與戒菸高階訓練課程，總計 2,331 位藥事人員取得戒菸高階證書，取得比率為 87.3%（歷年培訓人數如下表 1-13）。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；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教材；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。

表 1-13　歷年藥事人員戒菸培訓人數

年度	初階培訓	進階培訓	高階培訓	種籽師資培訓	換證課程
2010 年	698	101			
2011 年	527	299			
2012 年	由縣市衛生局主辦	644	359	37	
2013 年		544	368	44	
2014 年		由縣市衛生局主辦	704	134	
2015 年			670	93	
2016 年			288		381
2017 年			282		720
總計	1,225	1,588	2,671	308	1,101

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

為方便政策及戒菸相關資訊傳達，中華民國藥師公會全國聯合會成立臉書粉絲團「二代戒菸藥健康」及不公開社團「藥師公會全國聯合會戒菸藥師討論版」，針對已簽約之藥事人員討論執行層面所遭遇之問題，提供線上諮詢及交流，利用網路平台沒有時間與距離的限制，經問題統計與彙整後，將資訊統一並進行討論與解決。

另外，亦印製「二代戒菸補助升級助您好戒」民眾衛教單張分送各合約藥局供民眾索取，截至 2017 年 11 月底止，全國共 1,000 家社區藥局參與簽約（分布情形請參下表）。依地圖可看出，中南部、東部及離島縣市一些醫療資源不足的區域，參與合約藥局比例也相當積極，對於偏鄉的民眾而言，不啻為一大福音，更顯示出社區藥局可以充份發揮提供民眾便利性、可近性及專業性之戒菸諮詢服務優勢。

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及戒菸知能，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並推廣菸害防制。

2014 年由縣市衛生局辦理初、進階訓練課程，並委託台灣護理學會辦理訓練計畫，包括（1）辦理戒菸衛教人員高階、種籽師資訓練（2）維護戒菸衛教人員連絡網 - 發揮「台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，使學員瞭解各種戒菸資源間如何協調合作，並能將理論運用於實務。（如下表 1-14）。

表 1-14　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	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）	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）	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		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）	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			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）

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

2017 年完成 6 場高階訓練、4 場配合各縣市需求之加場高階訓練，共計 454 位參訓學員（歷年培訓數如下表 1-15），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，學員對菸害防制知識分數，於接受課程後均顯著提高。

「台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，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”，內容依 2A+R（Ask、Advise、Refer）製作，即使未受過菸害防制訓練的護理人員，亦可按照本操作單張，轉介給相關單位或人員，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服務。

表 1-15　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	2,069	28	15	14	8	6	5	6	4	4	3	0	2	2,164
2015	1,257	29	9	8	4	2	0	13	8	3	1	0	0	1,334
2016	632	13	7	3	2	2	0	2	5	1	3	0	7	677
2017	430	7	4	4	1	1	1	2	2	0	1	0	1	454
總計	5,015	83	45	30	18	15	11	25	20	8	9	13	42	5,334

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，也能站在最有利的位置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。吸菸除了引發癌症之外，對口腔的健康也有著相當的傷害，惡化牙周、導致掉牙，甚至植牙失敗的發生。研究亦證實，吸菸者在非手術性的牙周治療只能達到非吸菸者的 50% 到 75% 療效，牙周手術治療效果，亦僅有 50% 到 70% 非吸菸者的效果；植牙治療方面，研究報告指出，吸菸者植體失敗比率為不吸菸者的 2 倍。

有鑑於此，基於推廣菸害防制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 4,000 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。2017 年共完成辦理 6 場初階訓練及 2 場進階訓練，其中初階共計培訓 223 位學員；進階共計培訓 54 位學員，整體而言，有超過 8 成學員對初、進階課程感到滿意。迄 106 年共培訓 2,112 位牙醫師具備藥物治療之資格及 893 位參與衛教培訓課程，提供民眾便利、可近及有效之戒菸服務，以提高國人戒菸率及降低口腔癌發生率。

此外，有鑒於一般民眾不易察覺牙周病初期症狀，可能將導致掉牙、引發全身系統性疾病，並容易忽略「吸菸」、「嚼食檳榔」對口腔牙周的危害，甚至影響牙周病治療與植牙的

牙醫師戒菸訓練課程上課情形

牙醫師戒菸訓練課程上課情形

「拒絕菸檳 從齒無負擔」記者會

「拒絕菸檳 從齒無負擔」記者會

成功率。爰此，本署特與衛生福利部心理及口腔健康司、臺灣牙周病學會、口腔顎面外科學會、口腔病理學會召開記者會，共同呼籲「拒絕菸品檳榔」、「尋求專業協助」及「定期口腔癌篩檢」。

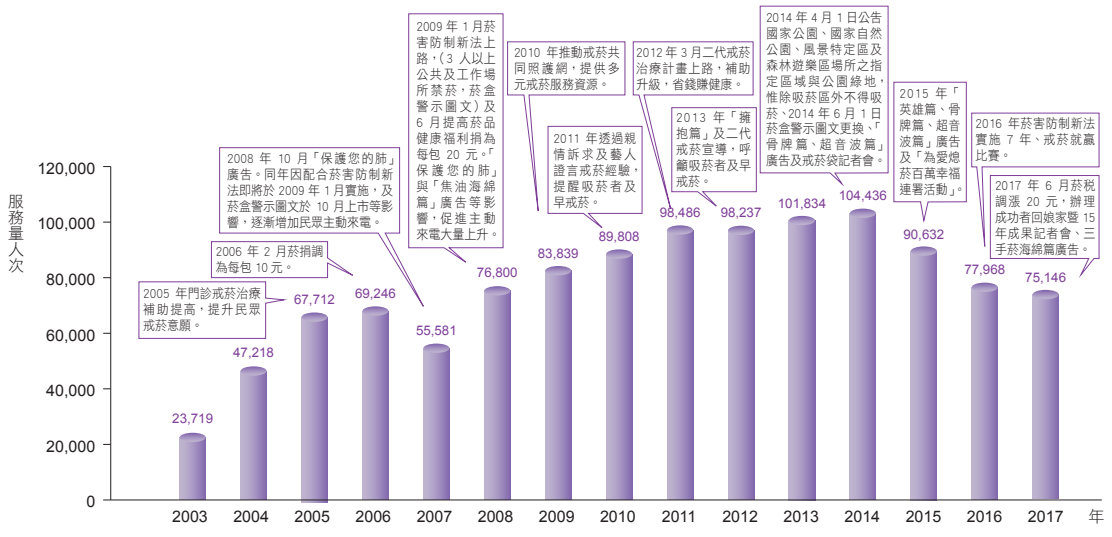
為提供具理論及實務之教材，本署特別製作「牙醫門診戒菸醫師使用手冊」、「戒菸諮商技巧手冊」、「實務個案自助手冊」等 3 本教材，「牙醫門診戒菸醫師使用手冊」及「戒菸諮商技巧手冊」的使用對象為牙醫師，內容包括 5A、5R、臨床戒菸諮詢技巧、戒菸藥物介紹及使用、臨床個案討論等資訊，「實務個案自助手冊」則主要給戒菸者使用，內容包括個人戒菸計畫、戒菸的好處、戒菸好招及相關戒菸服務等資訊。

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詢服務（0800-63-63-63）。

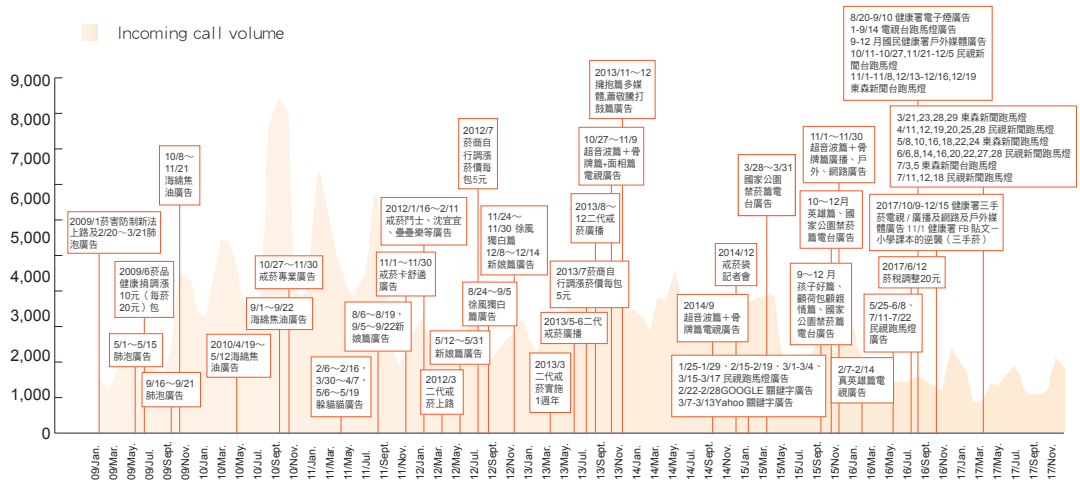
戒菸專線服務時間為每週一至週六，每日的上午 9 時至晚上 9 時，提供國、臺、客、英等語言的服務，並依來電者之需求，提供轉介、諮詢、宣導資料等服務。運用電腦資訊化管理，接受服務之個案先進行吸菸狀態評估，並視需要提供簡短諮詢進入後續多次個案管理服務者，由戒菸諮詢人員與戒菸者共同擬定戒菸計畫、並提供戒菸相關資訊後，原則上安排與個案進行一週 1 次，每次 20-30 分鐘之個案管理服務，過程約 5-8 週完成。為瞭解個案的戒菸情形，於個案管理服務結束後，持續追蹤戒菸者之情況，針對接受服務個案進行 1 個月、3 個月及 6 個月的電話戒菸成功率追蹤調查。自 2003 ～ 2017 年提供電話諮詢量達 116 萬 662 人次，2003 ～ 2017 年個案管理量 30 萬 8,836 人次；接受服務個案服務之整體滿意程度歷年均超過 85%，且多次諮詢戒菸成功率平均超過 40%（如下圖 1-11）。

圖 1-11　戒菸專線歷年服務量



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。2015 年辦理「為愛熄菸，百萬幸福連署活動」，喚起民眾對無菸環境及無菸家庭的關注，打造健康無菸生活。2016 年菸害防制新法實施 7 周年，呼籲重視青少年吸菸及二手菸問題，並透過戒菸就贏比賽提升民眾戒菸動機。2017 年 6 月配合菸稅調整辦理專線成立 15 年成功個案回娘家記者會，藉由成功個案的宣導鼓勵民眾即刻戒菸，並尋求專業協助，藉此提升戒菸動機及來電意願（如下圖 1-12）。

圖 1-12　2006-2017 年每月主動來電量



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，2017 年臺灣戒菸專線民眾立即諮詢率為 99.95%，高於美國 CDC 建議指標 50%（如下表 1-16）。

表 1-16　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	2017 臺灣戒菸專線現況
每日電話接通率	90%-95%	95.58%
30 秒內的接聽率	95%	98.54%
留言後 24 小時內回復率	100%	100%
48 小時內寄發手冊及相關資料	100%	100%
接通後個案立即提供管理服務率	50%	99.95%

資料來源：國民健康署戒菸專線服務中心

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 2017 年已協助超過 116 萬人次的民眾戒菸諮詢；幫助超過 14 萬人設定戒菸日，以戒菸成功率 4 成（42.4%）計算，已成功幫助 5 萬 6,000 人成功戒菸。

2017 年特於過年、63 禁菸節及農曆七夕發布新聞，鼓勵吸菸者戒菸，可賺健康、賺自信、賺荷包、賺幸福、賺好康。教導民眾戒菸過程可多利用富有「同理心」的諮詢員作為戒菸教練，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，並宣導菸品如同恐怖情人並鼓勵吸菸民眾多利用戒菸專線，設定戒菸日，「斷」絕菸癮、「捨」棄買菸、帶菸習慣、遠「離」吸菸環境，尋求支持，和危險情人永不復合！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。

2017「戒菸專線 15 年暨成功個案回娘家」記者會

提高戒菸成功率的訣竅之一就是「設定戒菸日」，可以顯示戒菸意圖和決心戒菸，專線資料中有設定戒斷日的戒菸者比未設定者，戒菸成功率增加，為未設定戒菸日的 1.3-2 倍。近年的政策推廣以及相關戒菸治療計畫的推動，都造成戒菸大環境的親善，在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。

年度	成功率		倍數
	有設戒菸日	未設戒菸日	
2014	50.5%	37.2%	1.34
2015	66.7%	33.3%	2
2016	51.1%	33.7%	1.52
2017	58.2%	30.7%	3.14

2017 亞太戒菸專線聯盟工作坊

戒菸專線安排講師至國際厚生科技進行現場講座

戒菸班

為鼓勵吸菸者戒菸，各地方政府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、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。

雲林縣麥寮鄉巡守隊戒菸班

嘉義市辦理成人戒菸班

澎湖縣戒菸班講習

價格措施

菸品健康福利捐

衛生福利部為防制菸害，維護國民健康，依菸害防制法第 4 條規定課徵菸品健康福利捐，並規定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，補助經濟困難者之保險費、中央與地方社會之菸害防制、衛生保健、社會福利、長期照顧資源發展、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。

菸捐係對有害物質使用提高其價格，抑制消費量。捐係「專款專用」，依法定用途分配，目前多用在菸害防制、罕病防治、癌症篩檢預防及健康促進等指定項目。以目前地方政府財政的困境，衛生預算更是捉襟見肘，因此，菸捐的挹注，幾乎都成了地方政府最重要衛生保健經費來源。台灣的衛生體系之所以在全球名列前茅，除了完善的健保制度、醫療專業水準外，就是從過去延續至今的堅實公共衛生體系，從預防至現在的健康促進等均是；因此菸捐依法挹注於預防疾病與健康促進極有意義。

菸捐評估

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，中央主管機關及財政部應每 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。」未來亦將依據菸害防制法第 4 條規定，每 2 年進行菸捐評估。

菸捐分配及收入

菸捐分配

為增進菸捐之運用效益，衛生福利部於 2016 年修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第 4 條、第 5 條及第 7 條，將分配於同一基金項下之各法定用途，於獲總分配比率加總不變下合併；另配合生產事故救濟條例制定公布，增列菸捐為生產事故救濟基金來源之一，以發揮菸捐之最大效能，並於 2016 年 10 月 7 日發布生效。

依據菸品健康福利捐分配及運作辦法第 4 條規定，菸品健康福利捐之分配，應視受輔導與照顧者實際需求，以定額先分配供菸農及相關產業勞工輔導與照顧及由農業主管機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導之用。但其金額不得超過前一年度菸品健康福利捐徵收金額之百分之一，由中央農業主管機關依年度預算程序編列，其餘額依下列比率分配之：

一、 百分之五十供全民健康保險之安全準備之用。

二、 百分之二十四點二供罕見疾病等之醫療費用、癌症防治、中央與地方菸害防制及衛生保健之用。

三、 百分之十一點八供提升預防醫學與臨床醫學醫療品質、補助醫療資源缺乏地區及辦理生產事故救濟等之用。

四、 百分之五供補助經濟困難者之保險費之用。

五、 百分之八供中央與地方社會福利及長期照顧資源發展之用。

六、 百分之一供中央與地方私劣菸品查緝及防制菸品稅捐逃漏之用。

2017 年 5 月 10 日總統公布修正之「菸酒稅法」第 7 條、20 條、第 20 條之 1 條文，將各類菸品應徵稅額調增為每千支（每公斤）徵收新臺幣（下同）1,590 元，業經行政院核定自 2017 年 6 月 12 日施行。

菸捐歷年收入

菸捐自 2002 年課徵每包新臺幣（以下同）5 元，並於 2009 年 6 月調為每包 20 元後，菸品健康福利捐收入如下：

單位：千元

年度	年度總收入
2002 年	7,909,073
2003 年	10,422,549
2004 年	9,654,513
2005 年	10,547,688
2006 年	17,209,766
2007 年	20,111,981
2008 年	20,109,344
2009 年	24,565,517
2010 年	34,438,096
2011 年	34,740,891
2012 年	34,289,282
2013 年	35,592,971
2014 年	32,748,259
2015 年	33,122,827
2016 年	34,367,517
2017 年	32,,333,472

菸捐運用與重要成效

一、 全民健康保險之安全準備：自 2002 年截至 2017 年，16 年間分配收入累計約 2,713 億元，協助全國保險對象及雇主減輕約 4% 保費，大幅減輕民眾保費負擔。健保財務多年來因收支結構性失衡而出現短差，受益於菸捐分配收入之挹注，使原應於 2004 年調漲健保費率之期程得延至 2010 年，並順利與二代健保無縫接軌。2017 年用於挹注全民健康保險疾病診斷治療之醫療費用約 162 億元，占健保安全準備各項挹注（176 億元）之比率高達 92%，菸捐已成為穩定健保財務不可或缺的財源。

二、 補助經濟困難者之保險費：2017 年共補助 26.1 萬人，補助金額 14.79 億元，補助對象包括：中低收入戶 19.8 萬人及經濟弱勢者欠費 6.3 萬人，使上述人獲得基本健康保障。

三、 罕見疾病等醫療費用：提供罕見疾病病人依健保法未給付醫療費用補助，總計 2,257 人次。另至 2016 年公告 215 種罕見疾病、98 項罕見疾病藥物及 42 項罕見疾病特殊營養食品品目，將罕見疾

病列入重大傷病範圍，免除病患就醫之部分負擔。並成立罕見疾病特殊營養食品暨藥品物流中心，供應 42 項特殊營養食品及 11 項緊急需用藥物，並提供健保依法未能給付之診斷、治療、藥物與特殊營養品、居家醫療照護器材費用之補助，2016 年總計補助 2,257 人次。辦理特殊弱勢族群及全民健康保險尚未給付之醫療補助，提供生育遺傳各項服務及加強罕見疾病防治及病友團體教育與宣導。

四、 提升臨床醫學醫療品質運用成效：

（一）獎勵 199 家急救責任醫院辦理提升急診暨轉診品質計畫，規劃為 14 個急診轉診網絡；統計 2017 年度計畫內之全國急救責任醫院急診轉出共計 7 萬 5,640 人，網絡內醫院互轉比率皆大於 50%，登錄完整率為 97.1%；完成 11 家醫院 29 組團隊之獎勵，發展及強化兒科急重難症創新或特色之整合性醫療。辦理內、外、婦產、兒、急診科住院醫師完訓一年，給予津貼補助，共計 2,336 位，住院醫師招收率及留任率均已上升。輔導全國 4 區器官勸募網絡運作，2017 年度全國器官（含組織）捐贈人數達 339 人。持續補助建置全國性眼庫，並落實眼角膜摘取檢驗作業，2017 年度國內眼角膜捐贈案例總數為 537 例，檢驗總數為 537 例，檢驗率達 100%。

（二）補助 5 家醫療機構結合各區精神醫療網區域之衛生局及醫院形成「社區醫療照護暨追蹤網絡」，提供社區高風險精神病人照護，受益病人數 838 人。5 家承作醫院已成立心智障礙者精神醫療特別門診與 25 家身障機構及 34 家中、小學學校合作，建立外展服務模式及雙向轉介服務網絡，受益病人數 453 人，共計服務 1 萬 2,637 人次，改善心智障礙者情緒行為嚴重度及病況，整體提升其生活、社交及職業社會功能。補助 4 家醫院組成戒癮醫療團隊，於 7 所矯正機關提供收容人藥癮、酒癮戒治醫療服務，共診療藥癮者 2,693 人、酒癮者 2,162 人，衛教 1 萬 2,878 人次，心理治療 4,635 人次，出監前轉介諮詢 1,245 人次，出監後追蹤 1,132 人次，除提供藥癮更生人於監所內之醫療戒治，更於出監時轉銜戒癮資源，俾協助其順利復歸社會。獎勵 18 個縣市，共計 29 家醫院，提供特殊需求者口腔醫療照護服務 5 萬 3,858 人次。

（三）獎勵 18 個縣市，共計 29 家醫院，提供特殊需求者口腔醫療照護服務 5 萬 3,858 人次。生育事故試辦計畫自 2002 年 10 月開辦，截至 2017 年 12 月申請案件為 503 件，共召開 38 次審議會，審定案件符合救濟要件者為 415 件。補助 139 家教學醫院 2 萬 8,238 位新進醫師、醫事人員訓練；建構醫事人員師資培訓制度，2017 年共計 156 家機構完成認證，41,926 名教師完成師資培育。連續 3 年 36 家醫院參與侵入性醫療處置照護品質提升計畫，「呼吸器相關肺炎」感染密度降低幅度約 33%，「導尿管相關泌尿道感染」約降低 16%。

（四）推動幼兒接種五合一疫苗、PCV 疫苗等新政策，自 2009 至 2017 年因新疫苗而受惠之幼童已超過 1,100 萬人次。持續維持 3 歲以下幼兒各項常規疫苗基礎劑高接種率達 96%，追加劑達 93%，確保群體免疫力。2017 年兒童常規接種之疫苗項目共 9 種，有效預防 14 種傳染病之發生及蔓延。公費流感疫苗 600 萬劑至 2018 年 1 月使用率 99%，達到全人口 25% 之涵蓋率。

五、 補助醫療資源缺乏地區：

（一）獎勵 15 縣（市）15 家醫院提供 24 小時兒科（含新生兒及早產兒）緊急醫療服務，需有兒科專科醫師於夜間及假日值班，提供急、住診等醫療服務。強化偏遠及醫療資源缺乏地區醫院效能，補助部立台東醫院、花蓮醫院、恆春旅遊醫院等醫療人力資源，另補助部立澎湖醫院成立化療中心，2017 年每月提供 62 人次化療服務，成長率 90%。以落實離島醫療在地化，扶持弱勢民眾，讓經濟條件不佳、病況不穩、體力不支的病人，免去舟車勞頓之苦。

（二）辦理醫學中心暨重度級急救醫院支援離島及偏遠地區，由 27 家醫學中心支援 25 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 108 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之醫院；獎勵 17 個地點，以在地之醫院互相合作之方式，提供當地民眾與遊客之緊急醫療需求，提供 24 小時急診照護服務。

（三）辦理在地人員長照教育訓練，截至 2017 年底共培訓照管專員及長照醫事專業人員計 1,541 人。2017 年已簽約設置日間照顧中心 21 家。核定補助入住機構式設置計畫之資源不足區域 1 個次區。

六、 辦理生產事故救濟：生產事故救濟條例自 2016 年 6 月 30 日起施行，於 2017 年度成立生產事故救濟基金始由菸捐編列救濟經費，於 2017 年度共受理 248 件，211 件符合救濟給付規定，救濟金額總計新臺幣 9,000 萬元。

七、 中央與地方社會福利運用成效：辦理 13 家社會福利機構收容業務，使乏人照顧之老人、兒童、少年及身心障礙者獲得妥適之安頓與照顧，避免流離失所，總計收容 3,050 人。

八、長照資源發展之運用成效：

（一）2017 年長照失能人口服務 11 萬 3,706 人。並於原住民族、離島及其他資源不足地區，佈建 46 處照顧管理中心分站，服務人次 34,158 人次；佈建 134 處多元複合之失智社區照護服務據點，提供認知促進、緩和失能、關懷訪視及家屬支持服務等；另建構 20 處失智共同照護中心，提供失智者社區式個案管理機制及照顧者需要支持性服務。

（二）辦理一般護理之家評鑑機構計 126 家，評鑑合格計 110 家（87.3%）；辦理居家護理機構評鑑，參與機構計 451 家，評鑑合格計 445 家（98.7%）。推動預防及延緩失能，已佈建 850 個特約服務據點，服務近 2 萬人。

（三）因應長照十年計畫 2.0 擴大服務對象納入 49 歲以下失能身心障礙者，補助 13 縣市，佈建 36 個失能身心障礙社區式日間照顧資源；全台計結合 22 各縣市、720 個服務提供單位，佈建 80 個「社區整合型服務中心」、199 個「複合型服務中心」及 441 個「巷弄長照站」。

九、罕見疾病等醫療費用：

（一）截至 2017 年底公告 218 種罕見疾病、98 項罕見疾病藥物及 42 項罕見疾病特殊營養食品，通報罹患罕病個案 1 萬 4,516 人，提供依健保法未能給付醫療費用補助。罕病醫療照護補助計 3,162 人次。

（二）依「罕見疾病防治工作獎勵補助辦法」補助 16 案研究計畫，依「罕見疾病及罕見遺傳及病缺陷照護服務辦法」補助 5 家醫院辦理個案照護服務。罕病防治教育與宣導計 13 場，並補助病友團體宣導活動。

（三）特殊弱勢族群及全民健康保險尚未給付之醫療補助：1. 孕婦乙型鏈球菌篩檢 18 萬 6,272 人次，陽性率約 21.21%。2. 新生兒聽力篩檢 19 萬 1,119 人，篩檢率 98.3%，798 人確診為聽損，並轉介追蹤療育。

十、 癌症防治之運用成效：

（一）全球第一個完整涵蓋世界衛生組織建議之四項癌症篩檢的國家，其中口腔癌篩檢為我國特有。擴大四癌篩檢自 2010 年上路，2017 年共提供約 507 萬人次篩檢服務；發現 4.8 萬例癌前病變及 1.2 萬例癌症。

（二）辦理醫院癌症診療品質認證，截至 2017 年計有 59 家醫院通過認證。輔導醫院提升醫院癌症診療品質計 92 家醫院參與。協助醫院進行癌症照護品質核心指標測量及進行癌症新診斷個案就醫導航，持續服務新診斷之癌症病人，一年約可服務逾 9 萬名個案。

（三）補助 7 家民間團體提供個案管理、情緒支持、電話關懷、日間照護、成長營等提供癌症病友社會支持與關懷服務。另為提供新診斷癌症病人從確診到治療階段導航服務，協助成立「癌症資源中心」，到 2017 年已有 66 家提供癌友與家屬服務，一年約提供 12 萬人次服務。提供安寧療護服務計 92 家醫院擴大辦理，服務 2 萬名癌末患者，涵蓋率自 2000 年 7% 提升至 2016 年 58.9% 。臺灣之整體死亡品質亦獲國際評比為全球第 6、亞洲第 1。

（四）檳榔防制危害，提供約 78 萬口腔癌篩檢服務，發現逾 3,400 癌前病變、1,200 癌症患者。2017 年嚼檳率下降至 6.1%。

十一、 中央與地方菸害防制之運用

（一）18 歲以上成人吸菸率下降，由 2008 年 21.9% 降至 2017 年 14.5%，過去 9 年減少 116 萬成年吸菸者。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 2017 年的 6.4%，保護率達 9 成以上。

（二）地方政府衛生局主動執法稽查輔導，全國菸害防制稽查家數 76 萬餘家次，開立處分 7,144 件，總計罰鍰 6,187 萬餘元。持續辦理無菸校園、職場、軍隊、社區等無菸場域計畫。推動 36 家大專校院辦理菸害防制工作。

（三）運用多元媒體通路及菸害教育互動體驗車，陸續巡迴全國各大校園及社區，進行三手菸、電子煙及戒菸宣導，推廣本署健康促進業務。推動無菸醫院參與國際認證，自 2012 年起至 2017 年止，已有 15 家醫院榮獲國際金獎認證。另與健康醫院認證合併，有 44 家原無申請無菸認證之醫院加入認證。

（四）二代戒菸服務 73 萬 2,246 人次，幫助超過 5.5 萬人成功戒菸，推估短期可節省超過 3 億元的健保醫療費用支出，長期可創造超過 232 億元的經濟效益。6 月菸稅調漲，致使吸菸者對戒菸服務需求增加，2017 年戒菸服務相較 2016 年人次成長達 29%。

（五）推動菸害防制法全面性修法，重點包括加強電子煙管理、禁止加味菸、擴大警示圖文至 85%、擴大室內公共場所禁菸、增訂法律與醫療扶助、加重違法廣告或促銷的罰則、公告禁止模仿菸品使用之物品。修正草案立法院於 2017 年 12 月 29 日完成一讀，送社會福利及衛生環境委員會審議。

十二、 中央與地方衛生保健之運用成效

（一）提供孕婦產前健康照護衛教指導方案計 29 萬 1,805 人次；兒童衛教指導服務補助方案預估 7 次平均利用率約為 66%；提供懷孕之新住民婦女未納健保產前檢查，計補助 8,339 案次；針對遺傳性疾病高風險群孕婦，包括低收入戶、居住優生保健措施醫療資源不足地區等 80 區，計補助 4 萬 5,940 案，發現 1,349 案例異常個案，皆提供後續遺傳諮詢，異常個案追蹤完成率達 97.2%。

（二）提供 7 歲以下 7 次兒童衛教指導，截至 2017 年底，申請加入醫師計 2,975 位。預估 7 次平均利用率約為 66%。輔導 47 家兒童發展聯合評估中心，受理疑似發展遲緩兒童計 1 萬 1,397 人，其中 64.1% 確診為發展遲緩。矯正出生性別比失衡：由 2010 年的 1.090 改善（下降）為 2017 年的 1.076。

（三）全面提供國小免費含氟漱口水防齲服務，22 個縣市共計 2,652 所國小、計 125 萬名學童受惠。學童臼齒窩溝封填服務計 27 萬人次學童受惠。

（四）新生兒先天性代謝異常疾病篩檢共 19 萬 3,651 人，篩檢率 99.9%，發現異常約 3,670 案。推動學齡前兒童斜弱視及視力篩檢工作，計篩檢 42 萬 7,117 人，篩檢率達 100%，異常個案轉介率達 99.56%。

（五）建置「青少年網站－性福 e 學園」，提供青少年、家長及教師正確的性健康、性病預防、懷孕、避孕等資訊及教材供查詢及下載，計 3 萬 1,809 人次瀏覽。設立友善、隱密「Teens' 幸福 9 號門診」，計 590 位親善醫師提供兩性交往、人際關係、情緒問題及生育健康（含避孕方法）等議題之服務及諮詢，計 2 萬 51 人次。另結合社區健康促進學校，辦理校園講座及親職講座計 63 場次 8,100 人參加。

（六）學生過重及肥胖盛行率已有降低；成人從 2003 ～ 2008 年的 43.4% 微增加至 2014 ～ 2017 年 47.1%；成人規律運動比率從 2010 年的 26% 增加至 2017 年的 33.2%

（七）22 縣市持續推動高齡友善城市，我國為全球推動高齡友善城市涵蓋率最高的國家。結合社區團體及據點辦理老人健康促進活動，2017 年總班數 849 班人數達 2 萬 3 千人。長者健康促進競賽，長者平均歲數 72 歲，總歲數逾 17 萬歲，7 年總累計超過 50 萬長者參與。

（八）鼓勵縣市結合轄區醫療院所辦理整合式篩檢計服務 47 萬餘人，發現疑似異常或異常之個案分別為高血壓 9 萬 2,095 人，高血糖 3 萬 8,526 人，高血膽固醇 6 萬 4,443 人，平均轉介追蹤完成率達 86% 以上。推動糖尿病共同照護網，糖尿病標準化死亡率由 2002 年之 37.1/ 每十萬人口下降至 2016 年的 24.5/ 每十萬人口，降幅達 34%。推動高齡友善健康照護機構認證，截至 2017 年底計 469 家機構通過認證。

（九）推動營養及健康飲食促進法立法，於 2017 年 12 月 22 日陳報行政院。於 2018 年 3 月 13 日公布我國「每日飲食指南」、「國民飲食指標」等各項國人營養基準。推動碘營養政策，與食品藥物管理署共同合作訂定「包裝食用鹽品之碘標示規定」，學校營養午餐碘鹽涵蓋率國小為 98.3%、國中 96.4%。

十三、中央與地方私劣菸品查緝等之運用成效：

（一）查獲違法菸品件數 2,123 件計 2,086 萬包，市價 9 億 8,515 萬元。

（二）透過辦理多元化宣導活動，勿購買來路不明菸品，及抑制走私菸品或產製私劣菸品低價銷售等各項媒體宣導 1 萬 5,875 次。教育民眾正確租稅常識，藉以防杜菸品稅捐逃漏，提醒消費者勿購買來路不明或售價顯不合理之菸品，以維護自身健康及防杜逃漏維護租稅公平計 210 場。

十四、菸農及相關產業勞工輔導與照顧之運用成效：

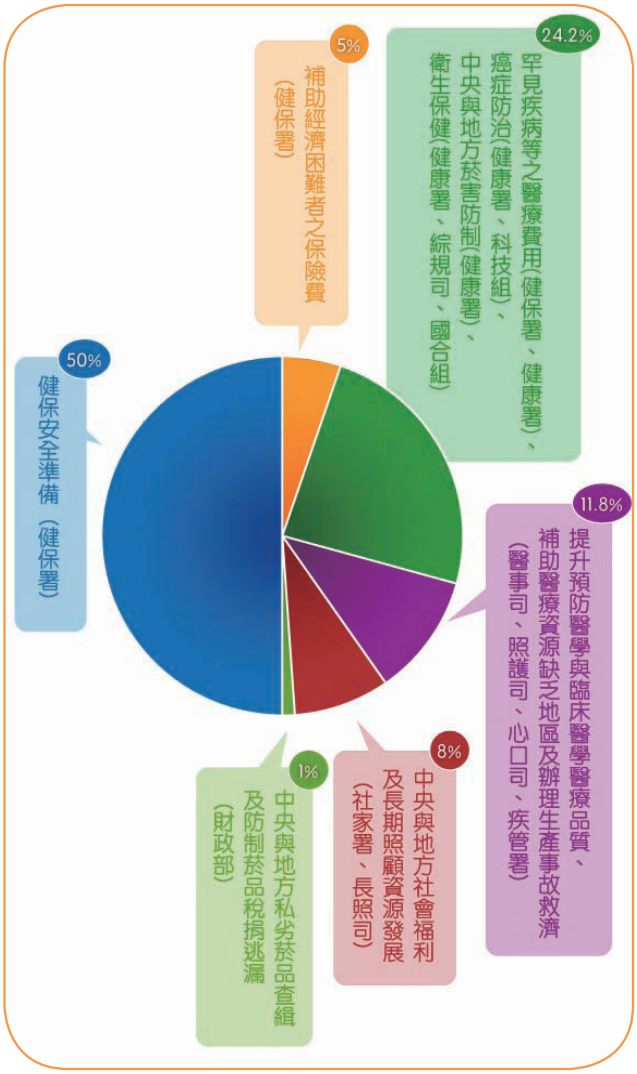
（一）推動「菸農轉作計畫」，配合政策輔導國內菸農轉作，結合各地區農業改良場規劃轉作作物類別 經輔導之農戶完成轉作後，統一造冊送臺灣菸酒公司登錄自次年度起自願離菸。截至 2018 年 2 月 28 日，完成申請離菸切結之菸農計 1,529 戶，離菸面積 624.8096 公頃，，發給一次性給付每公頃六十萬元輔導金，或補助購置轉作所需之 設施（備），已核定補助金額 3 億 5,785 萬 7,440 元，陸續核撥經費中。

（二）為預防癌症發生，配合中央癌症防治政策及國土復育，加強檳榔生產管制，縮減檳榔種植面積，輔導檳榔廢園及轉作至 2017 年累計執行面積 720 公頃。

菸捐資訊揭露

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 條明定各受分配機關獲配款項運用，應明顯標示或其他方式，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。

完成菸捐運用與成效之專區網頁，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。民眾點選菸捐成效網頁後，即可連結至各獲配單位，每半年公布各獲配單位執行情形、金額、補（捐）助事項及受補（捐）助單位名稱與金額等資訊揭露。2017 年菸捐運用成效及執行率，已公布於網站：國民健康署首頁 / 菸品健康福利捐 / 更多相關訊息 / 菸捐運用成效 / 2017 年整體成效及菸品健康福利捐分配項目及預算執行率，網址：https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=184



3

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，委託第三方公正團體（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。2017 年共訪查 44 個鄉鎮市區共 502 個據點，並測試 660 家菸品販賣場所不得賣菸予青少年之法規認知與遵守法規程度，另在不定點、不預期實地觀察調查菸害防制法第 15 條、第 16 條禁菸場所情形，共完成 6,120 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

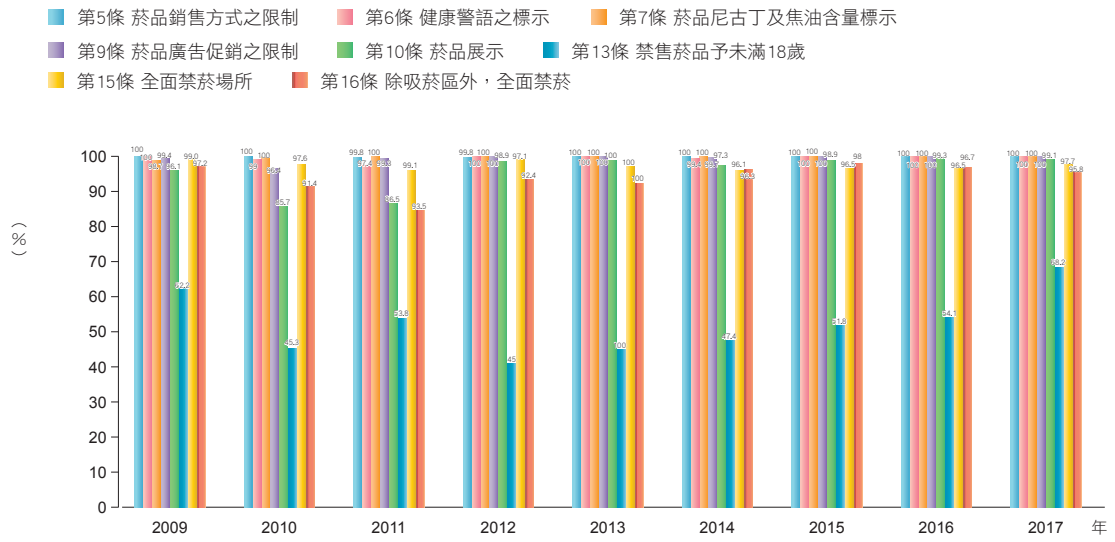
由於實地訪查之地理範圍廣泛，考量人力及經費限制，採非機率取樣的研究設計，透過三階段分層抽樣框架選取樣本，以取得政策執行的相對標準。實地考評共考核「菸害防制法」第 5 條、第 6 條、第 7 條、第 9 條、第 10 條、第 11 條、第 13 條、第 15 條、第 16 條等 9 個法條，2017 年上述 9 法條之總合格率為 92.2%，單一法條的總合格率詳述如下：

表 2-1　2017 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	99.1
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	68.2
第十五條全面禁菸場所	97.7
第十五條全面禁菸場所（不定點、不預期實地觀察）	95.8
第十六條除吸菸區外，不得吸菸，未設吸菸區者，全面禁菸	95.9

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，全面禁菸場所之違規比率不到 5%；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則較多，持續加強宣導與稽查。（圖 2-1）

圖 2-1　比較 2009-2017 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

2017 年青少年吸菸行為調查（GYTS）結果顯示，吸菸學生中，國中生有將近 4 成其菸品通常自行購買（38.8%），其中約 5 成以上買菸時未被店家拒絕（49.2%），其最常買菸的地點為傳統商店（52.9%）；高中職生則高達 72.2% 是自行買菸，且 68.8% 買菸時未被店家拒絕者，最常買菸的地點為四大超商（51.3%），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 2017 年 4 ～ 9 月間對 22 個縣市的 660 家菸品販賣場所以喬裝測試方式，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 31.8% 店家會違規販售菸品予未滿 18 歲者（圖 2-2），各行業中四大便利商店違規率 11.8%，但檳榔攤與傳統商店違規率更高達 46.2% 及 41%，整體而言，2017 年違規率已降至 5 成以下。若由 2012 年與 2017 年違規率之改善情形來看，以連鎖便利商店改善率 75.3% 最高，其次分別為連鎖超市或大賣場（64.4%）、檳榔攤（41.1%）、傳統商店（39.1%）最低，顯示連鎖便利商店之員工教育訓練、神秘客計畫及訪店宣導等都有其效。（圖 2-3）

圖 2-2　2009-2017 年調查菸品販賣業者拒售菸品予青少年違規率

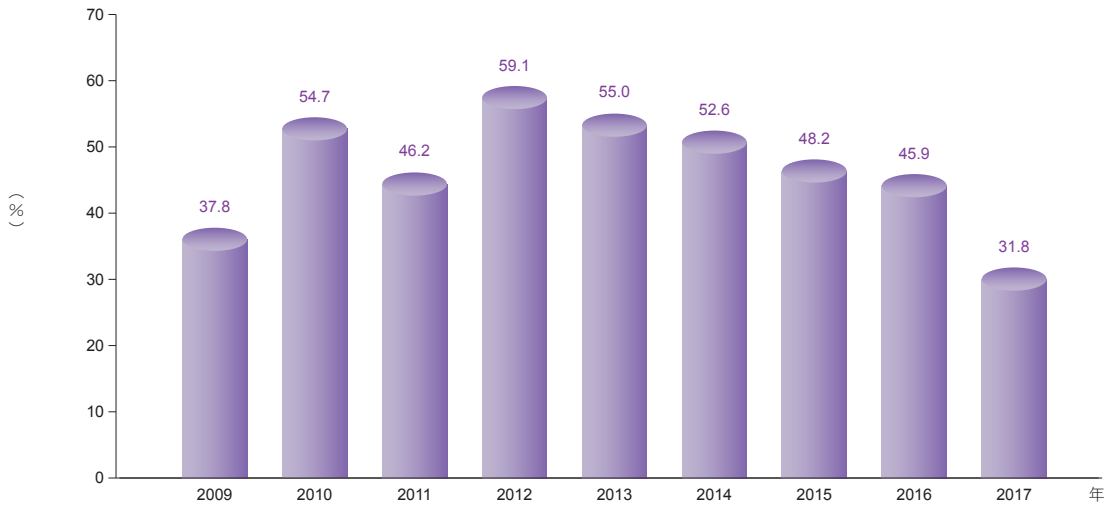
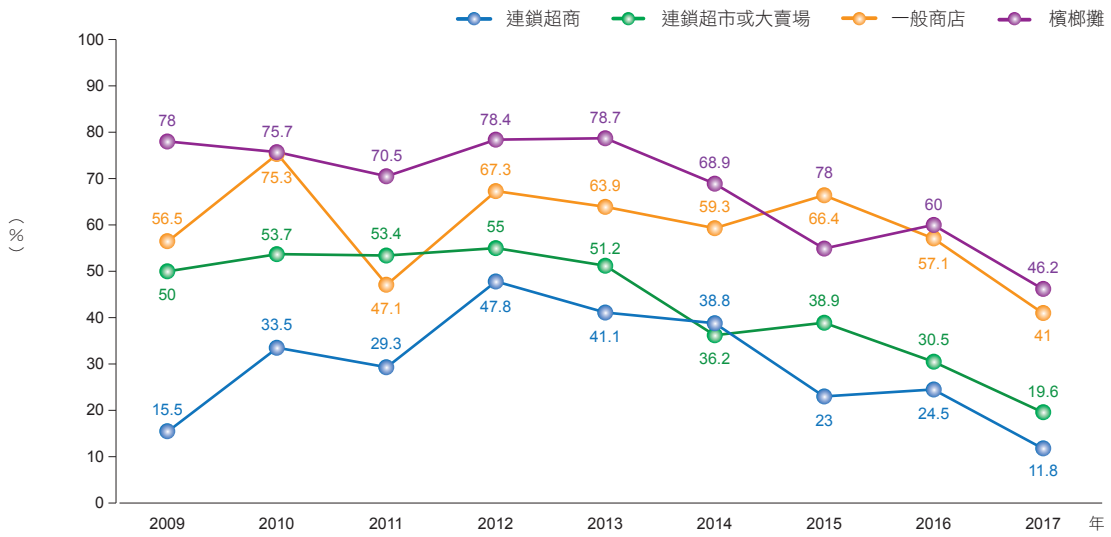


圖 2-3　2009-2017 年各式販賣菸品場所測試違規率



在四大便利商店方面，2017 年有 11.8% 的店家會賣菸給青少年，其中萊爾富違法賣菸比率最高為 18.2%，其次分別為統一超商 14.5%、全家超商 7.3%、OK 便利商店 4.8%，相較於 2016 年違規率 24.5%，下降 12.7%（圖 2-4）；在檳榔攤方面，2016 年與 2017 年違規率分別為 60%、46.2%，違規率已降至 5 成以下；在傳統商店方面，違規率由 2016 年的 57.1% 降至 2017 年的 41%，已有大幅改善（圖 2-3）；連鎖超市或大賣場的測試結果，其違規率由 2016 年 30.5% 降至 2017 年的 19.6%，下降約 10.9%（圖 2-5）。

為促使販菸業者瞭解法規並確實依法拒售菸品，國民健康署除定期公布違規店家清單、舉辦業者座談會外，並於 2017 年 5 月 16 日召開「拒絕違法賣菸，讓兒童遠離菸害」記者會，邀請各通路業者、政府各部門及學校，共同表達拒售菸品予未滿 18 歲者之立場，並感謝業者善盡企業社會責任，建立內部稽核機制、召開店長會議、辦理員工訓練等，共同落實第一線賣菸人員不賣菸給青少年。未來政府也將持續透過民間組織、家長、業者與民眾共同攜手合作，藉由強化菸害認知、提高拒菸意識、阻斷買菸管道、提供戒菸服務等多管齊下方式，讓兒少遠離菸害，還給兒童一個無菸害成長的健康環境。

圖 2-4　2009-2017 年測試連鎖超商販賣菸品予青少年違規率

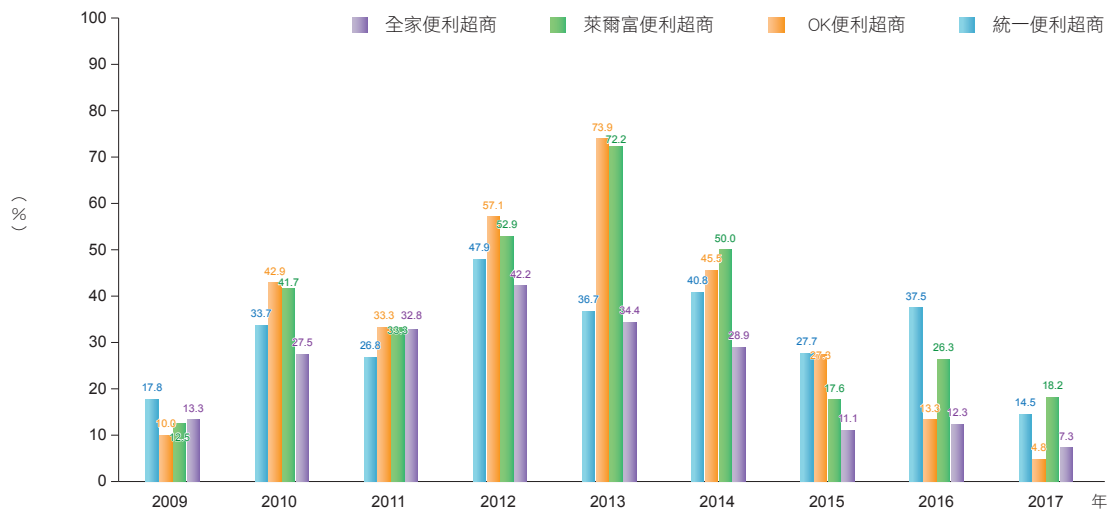
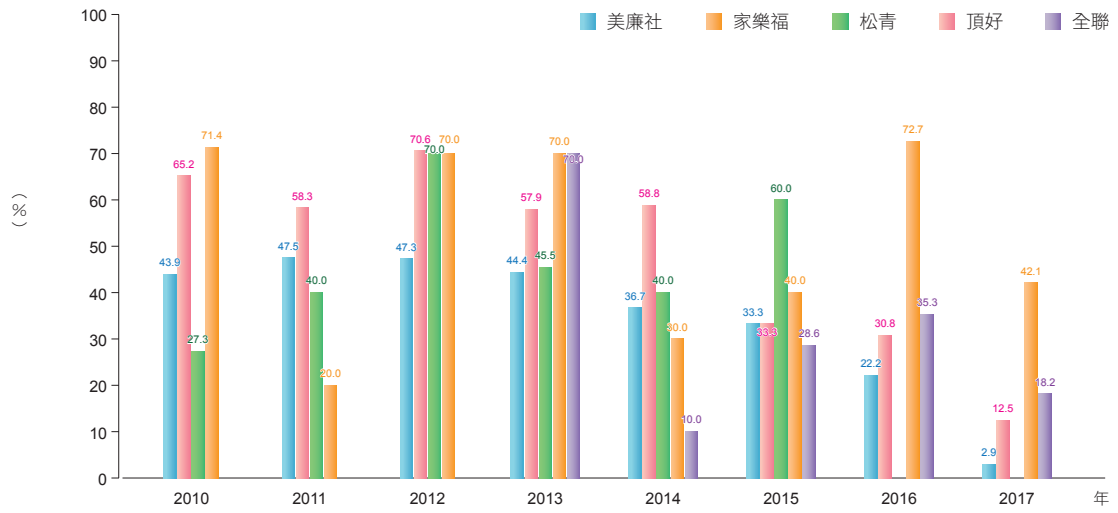


圖 2-5　2010-2017 年測試連鎖超市、大賣場販賣菸品予測試者違規率



菸害照片分享

公告校園周邊道路禁菸範圍

公告校園周邊道路禁菸範圍

無菸公園設立禁菸標示

實地訪查車站周邊禁菸情形

商家門口張貼「禁菸標誌」及「禁止販售菸品予未滿 18 歲者」標示

張貼三圖五則

● 防制菸品非法貿易

世界衛生組織菸草控制框架公約第 15 條要求締約方可透過跨國合作，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」第 4 條規定，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，財政部設有跨部會的「中央私劣菸酒查緝督導小組」及任務編組，成員包括、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 2017 年查獲私劣菸品 2,086.5 萬包，查緝經費之運用已產生績效，2002 ～ 2017 年之走私菸品查緝量統計（表 2-2）。

表 2-2　2002—2017 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	1,569.07	73.68	560.46	26.32	2,129.53
2014	838.90	49.63	851.44	50.37	1,690.35
2015	784.02	74.30	271.15	25.70	1,055.17
2016	779.40	78.65	211.52	21.35	990.93
2017	974.38	46.70	1,112.12	53.50	2,086.50
總計	11,109.94	847.98	12,786.87	752.22	23,896.83

17 International Conference on Tobacco Control
FCTC
公約國際研討會
ber 24-25, 2017

4

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。全國完訪 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），2017 年總完訪個案數為 26,019 人，其中 18 歲以上成人樣本數為 24,978 人。

為提高樣本涵蓋率，且由於住宅電話訪問本為不等機率抽樣，2017 年起修正兩階段的抽樣方式，第一階段採用 4 種抽樣方式先抽出電話號碼，分別為：「（1）採用等距抽樣方式，自住宅電話簿抽取電話號碼」、「（2）採用等距抽樣方式，自住宅電話簿抽取電話號碼，後 2 碼改以亂數取代」、「（3）依據國家通訊傳播委員會『固定通信網路業務市內交換機局碼核配現況』，製作電話局碼資料庫，再以隨機撥號法抽取電話局碼，並以隨機亂數之方式加上後 4 碼」、「（4）同第 3 種 RDD 抽樣方法，但比對過去接通之有效電話號碼資料庫，以隨機亂數更換後 2 碼」，意即只要擁有市內電話，必然有被抽取的機會。第二階段再從中選戶中抽出受訪者，由於每一戶中合格人數並不相等，所以住宅電話訪問本質上為不等機率抽樣。再加上訪問失敗情形日益嚴重（尤其年輕人成功率極低），故使用洪氏戶中抽樣機動調整戶中選樣，採加重年輕人中選機會之戶中抽樣（並非給戶中每一個人相同中選機率），藉以彌補訪訪問失敗，可以降低樣本代表性失真的程度，以改善推論偏差，也就是採有具機動性的戶中抽樣方法。

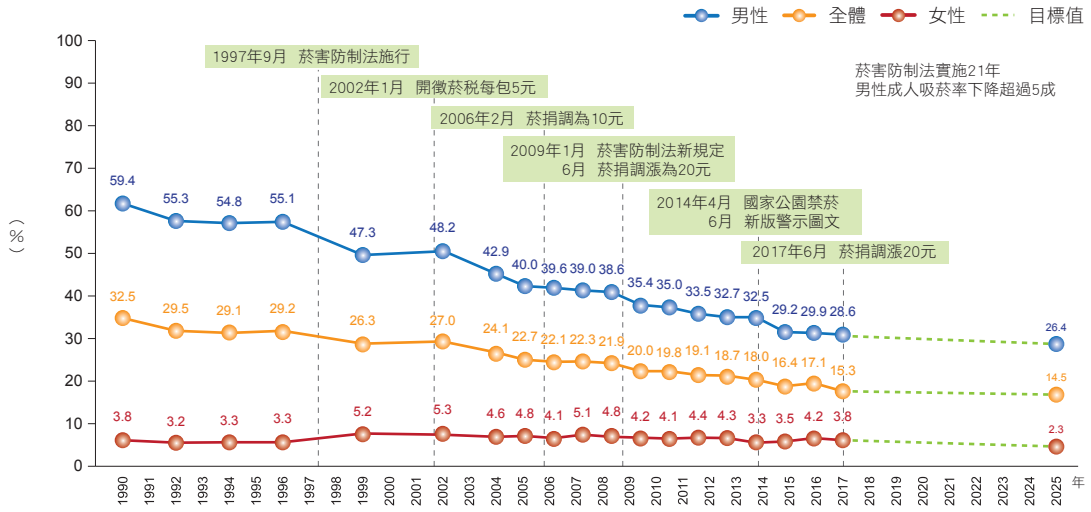
在資料完成檢誤清理，並經邏輯確認資料後，為使樣本資料充分反映母體特性，及瞭解歷年臺閩地區吸菸盛行率的長期變化趨勢，因此根據主計總處公布的 2000 年底人口統計資料為母體進行加權分析，以及客觀比較，不致因人口老化而使吸菸率受到人口結構改變而影響（通常年紀大較會因身體不適而戒菸，吸菸率較低）。乃針對性別、年齡、教育程度、縣市行政區，採用多變數反覆加權法（raking）逐一加權調整，如此反覆直到樣本分配與母體分配無顯著差異為止。調整後樣本之性別、年齡及教育程度、縣市別分配與母體分布已無顯著差異。

本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實施以來，在各項策略的推動下，成年人吸菸率由 2008 年 21.9% 降至 2017 年的 14.5%，已經大幅減少三分之一（34.0%）的吸菸率，主要是男性快速下降（平均 1 年降 1.4%），女性僅些微下降（平均 1 年降 0.3%）。

圖 3-1　我國歷年 18 歲以上成人吸菸率及未來目標

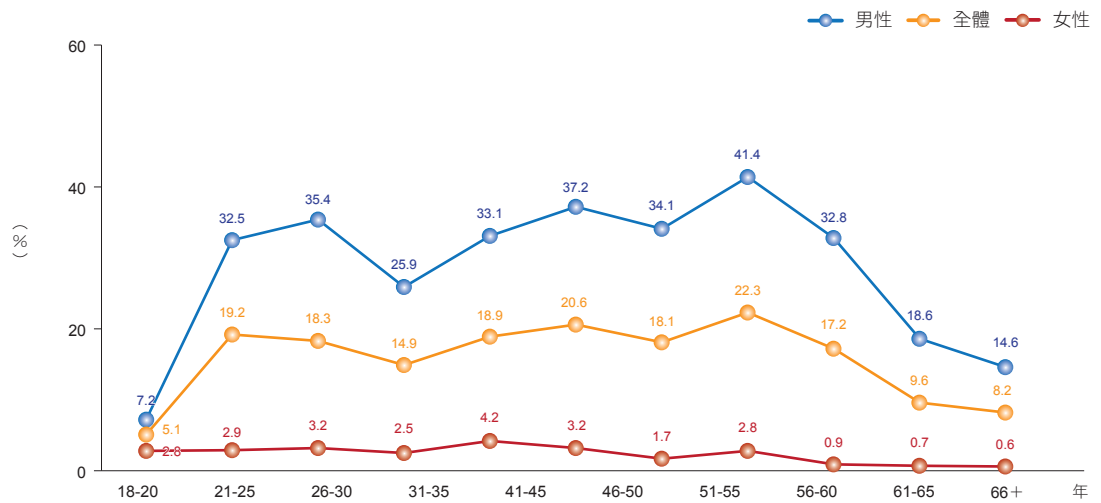


註：

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。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。
   a. 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。
   b. 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。
   c. 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。
   d. 2004 至 2017 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。
   e. 1999 至 2017 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。
2. 問卷題目：
   a. 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）」。
   b. 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。
   c. 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。
   d. 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。
   e. 2005 至 2017 年問卷題目：「從以前到目前為止，請問您吸菸有超過五包（約 100 支）嗎？」、「請問您目前是每天吸菸、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。
3. 2004 至 2017 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。

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，約至 51 ～ 55 歲年齡層達最高峰，約每 5 名男性就有 2 名吸菸；在女性吸菸率方面，亦約由 18 歲以後逐年攀升，至 36-40 歲年齡層達最高峰，約每 23 名女性就有 1 名吸菸，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）

圖 3-2　18 歲以上男女性各年齡層吸菸率分布

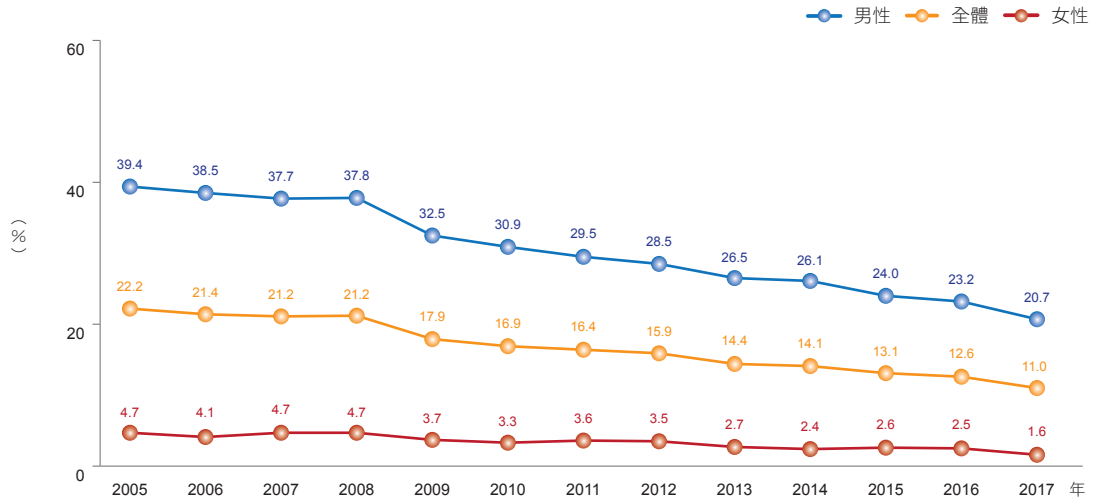


註：

1. 資料來源：國民健康署 2017 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目前吸菸超過 100 支（5 包）且最近 30 天內曾經使用菸品者。
3. 以台灣地區 2000 年主計總處戶口普查資料為標準加權。

由於各國吸菸率調查並未以特定年份人口結構加權，且為瞭解我國當年實際吸菸率，乃根據主計總處公布的前一年底人口統計資料（最接近當年人口結構的資料）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反映現況，2007 ～ 2017 年 18 歲以上國人當年吸菸率分別為 21.1%、21.2%、17.9%、16.9%、16.4%、15.9%、14.4%、14.1%、13.1%、12.6%、11.0%。（如圖 3-3）

圖 3-3　我國歷年 18 歲以上成人吸菸率（前一年人口結構權值）



註：

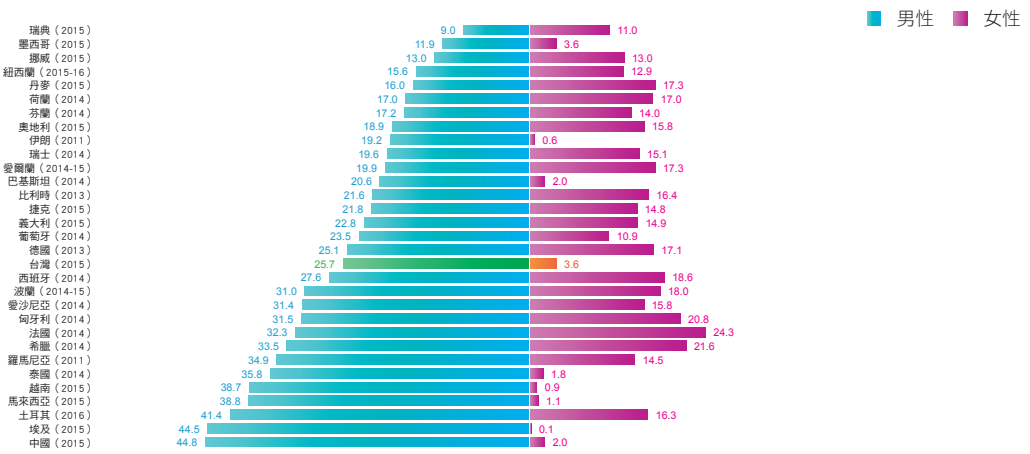
1. 資料來源：國民健康署歷年「國人吸菸行為調查」，利用電訪收集民眾吸菸相關資料，分析對象為 18 歲以上成人。
2. 吸菸者定義係指以前到目前吸菸超過 100 支（5 包）且最近 30 天內曾經使用菸品者。
3. 以台灣地區前一年主計總處資料進行加權。

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 2017 年的 12.5%，已減少了超過三分之一（33.6%）。40 ～ 49 歲的人是各年齡層中每天吸菸率最高（16.0%），與 2008 年比較，65 歲以上和 30 ～ 39 歲者降幅最大，分別從 14.3% 顯著下降至 7.1% 和從 24.9% 顯著下降至 14.7%，降幅分別達 5 成和 4 成。

彙整各國吸菸行為結果顯示，與各個國家比較，臺灣 2015 年 15 歲以上每日吸菸率 14.7%，其中男性為 25.7%、女性為 3.6%，與其他 30 個國家相比，女性吸菸率為第 9 名，但男性吸菸率仍位居第 18 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 3-4）

圖 3-4　各國吸菸情形分布



註：

1. 各國資料來源為 2017 年世界衛生組織全球菸草流行報告（WHO Report on The Global Tobacco Epidemic 2017），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：「從以前到目前為止，請問您吸菸有超過五包（約 100 支）嗎？」、「請問您目前是每天吸菸、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。
   d. 為與各國資料進行比較，故我國數據採用 2015 年調查結果。其餘各年度資料如下：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%），2016 年 15 歲以上每日吸菸率為 14.3%（男性 25.1%、女性 3.4%），2017 年 15 歲以上每日吸菸率為 12.5%（男性 23.3%、女性 1.4%）。

公共場所二手菸暴露率

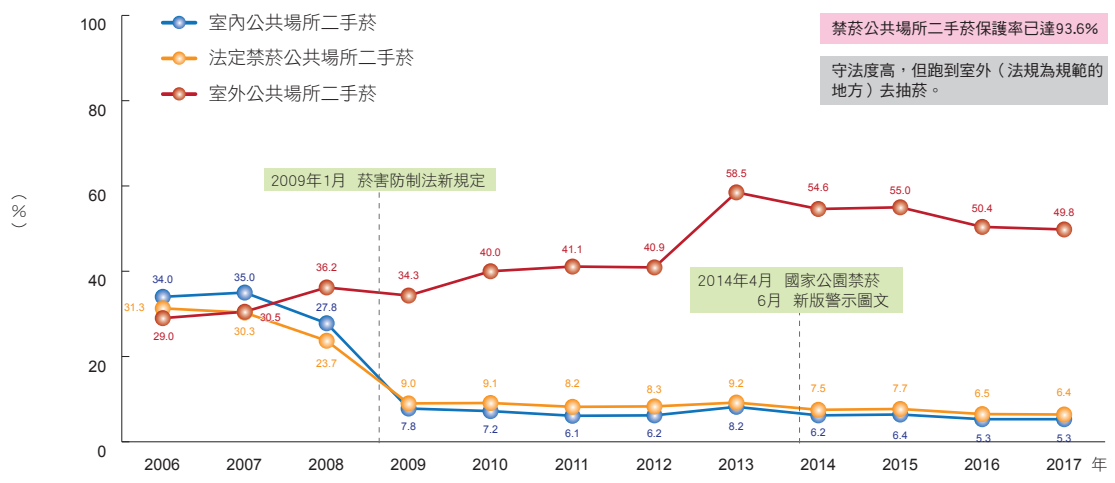
許多老菸槍認為吸菸是個人基本人權，也誤以為菸害只有在吸菸的當下發生，只要轉換場所、打開窗戶通風就沒事，這其實是誤解，即使是在室內通風處吸菸，仍會產生二手菸、三手菸且均屬致癌物，任何濃度均會危及身邊的人。

我國實施菸害防制法後，政府機關致力於許多菸害防制政策與策略，已陸續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，讓 18 歲以上成人的室內公共場所二手菸暴露率自 2008 年 27.8% 大幅下降至 2017 年的 5.3%，室內外禁菸公共場所二手菸暴露率自 2008 年 23.7% 明顯下降至 2017 年的 6.4%；禁菸法令對國人在禁菸場所免於受到二手菸暴露之保護力已達 93.6%。

然而隨著國人守法不在室內吸菸，因吸菸者改到室外非禁菸範圍之公共場所吸菸，致該等場所二手菸暴露率由 2008 年 36.2 % 攀升至 2017 年的 49.8 %。（如圖 3-5）

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」（29.0%）、「餐飲店室外、露天餐飲店、戶外婚喪喜慶場合」（10.8%）、「公園及風景區」（8.3%）以及「夜市、路邊攤、露天菜市場」（5.7%）。

圖 3-5　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：
   a. 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。
   b. 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。
   c. 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他人在面前吸菸。
3. 問卷題目：
   a. 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。

b. 2008 至 2017 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。

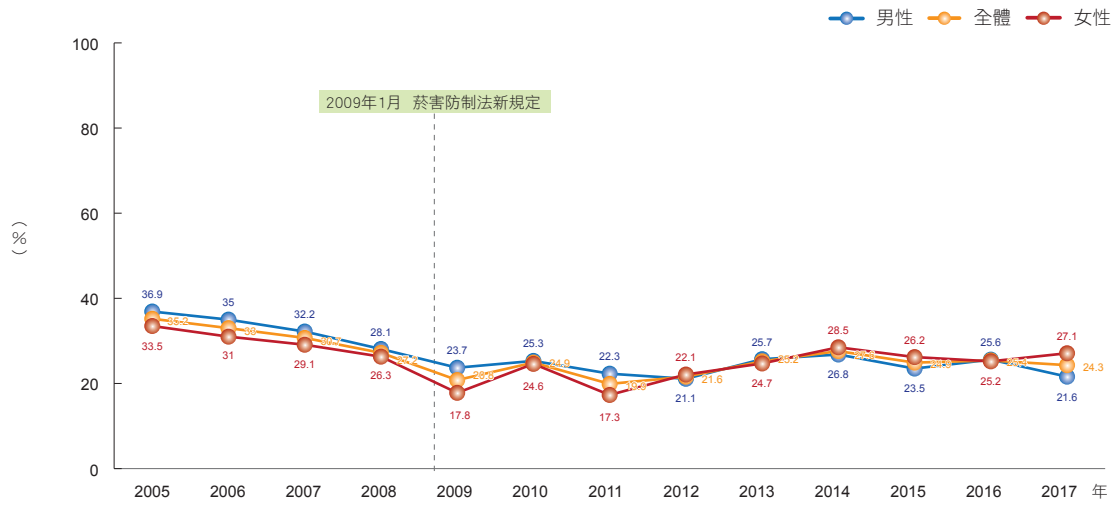
4. 歷年均以臺灣地區 2000 年主計總處戶口普查資料為標準，並依性別、年齡、教育程度及居住地區特性進行資料加權。

家庭二手菸暴露率

多數癮君子常在家吸完菸再出門上班，卻將二手菸、三手菸毒害留給在家的小孩及家人。由於 2009 年菸害防制法所修法上路後，禁菸公共場所嚴格執法，吸菸行為遁入私領域，進而使家人暴露二手菸的機會增加。

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 2017 年 24.3%，為了家人的健康，「無菸家庭」仍需要民眾一起共同努力，使家人（包含婦女和兒童）暴露二手菸的機會減少。（如圖 3-6）

圖 3-6　成年人家庭二手菸暴露率趨勢



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. 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
3. 問卷題目：
   a. 2005 至 2008 年問卷題目：「那在過去一個禮拜內，你在家的時候，有沒有人在您的面前吸菸？」。上述題若回答「不知道」與「拒答」者皆為遺漏值。
   b. 2009 至 2017 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。
4. 歷年均以臺灣地區 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。

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 2017 調查發現，近 4 成曾經吸菸者目前已不再吸菸（整體 39.2%，男性 38.5%，女性 46.6%），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（44.9%），其次依序為家人及同儕因素（15.9%）、沒有原因（14.9%）、菸品價格過高（8.0%）。

但仍有 35.0% 的目前吸菸者在過去一年曾嘗試戒菸卻戒菸失敗（男性 34.6%，女性 39.4%）[1]，其中 65.0% 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。
2. 問卷題目：「從以前到目前為止，請問您吸菸有超過五包（約 100 支）嗎？」、「請問您目前是每天吸菸、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。
3. 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。

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，僅不到 3 成民眾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（24.4%）[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，不到 2 成（13.5%）曾利用門診戒菸服務，7.9% 曾自行於藥局買戒菸藥物，但另有 72.5% 表示靠自己的意志力。

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能善用社會戒菸資源，尤其重度菸癮者更需要戒菸服務專業協助。呼籲癮君子應善用多元戒菸服務資源，找專業醫師協助，透過成癮度評估，與專業醫事人員訂定出適合自己的戒菸方法，若有任何問題，也可洽免費戒菸專線「0800-636363」，讓戒菸專線諮詢人員從「身」、「心」、「靈」三方面為吸菸者量身打造戒菸個人計畫，早日脫離菸癮，成功戒菸。

菸害認知

在許多國家，菸品使用是導致死亡的第一原因，二手菸已被國際癌症研究中心（International Agency for Research on Cancer, IARC）歸類為一級致癌物質，研究指出菸品與腫瘤、 病、心血管系統疾病、呼吸系統疾病、消化系統疾病、腎臟疾病等 6 大類死因相關；會增加至少 14 種癌症的風險，可能直接引發的癌症包括肺癌、口腔癌、咽頭癌、喉頭癌、膀胱癌、食道癌，而間接可引發的癌症包含頸癌、血癌（骨髓性白血病）、胃癌、肝癌、腎臟癌、胰臟癌、大腸癌、子宮頸癌等。根據世界衛生組織統計，菸草使用是全球可預防的首要死亡原因，每年造成 700 多萬人死亡；其經濟代價也是巨大的，衛生保健費用及生產力損失合計超過 1.4 萬億美元。在臺灣每年約有 2 萬 7,000 人死於吸菸及近 3,000 人死於二手菸害，平均不到 20 分鐘就有 1 人因菸害而失去生命；另有各約 264 萬及 23 萬人因吸菸及二手菸罹病，每年因吸菸

及二手菸相關疾病耗費醫療資源約 650 億元，整體經濟損失更高達 1,858 億元，即平均每一秒損失近 6 千元，顯見吸菸對國家會造成龐大的經濟負擔。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 2017 年調查，在不提示的情況下，有 78.0% 民眾可以具體回答出吸菸會引起哪些病症，但仍有 21.0% 的受訪者並不知道吸菸會引起哪些病症，更有 1.1% 的受訪者誤認為吸菸不會造成病症 [3]。

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 2017 年調查結果，有 82.6% 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 6.9% 民眾誤認為不對，10.4% 民眾則表示不知道 [4]。

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。
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。

青少年學生吸菸行為調查

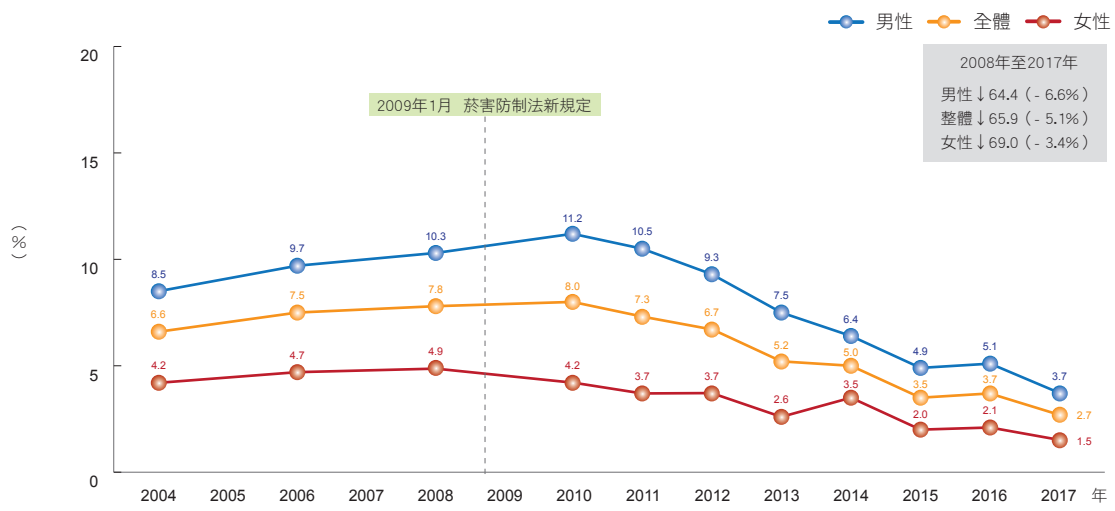
為進行國際比較，自 2004 年起與美國疾病管制局共同合作，採世界衛生組織設計發展之「全球青少年吸菸行為調查（Global Youth Tobacco Survey, GYTS）」問卷配合本土之需要發展而成，並以國中、高中職學生隔年輪換方式所辦理之定期性吸菸行為監測調查。為配合目前推動政策所需以取得每年國中、高中職學生調查資料，自 2011 年起「青少年吸菸行為調查」每年同步蒐集國中、高中職學生吸菸率及其對菸害相關認知、態度與二手菸暴露等變化趨勢資料，以提供衛生及教育單位規劃及評價校園菸害防制策略之參考。

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，2017 年調查中計抽取 48,670 名樣本學生（國中 22,154 名，高中職 26,516 名），完訪樣本數計 43,938 名（國中 20,477 名，高中職 23,461 名），完成率為 90.28%（國中佔 92.43%，高中職佔 88.48%）。

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 2017 年的 2.7%（男生 3.7%，女生 1.5%），已經降低超過一半（65.9%）（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 2017 年的 8.3%（男生 12%，女生 4.2%），亦降低四分之一（44.2%）（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。

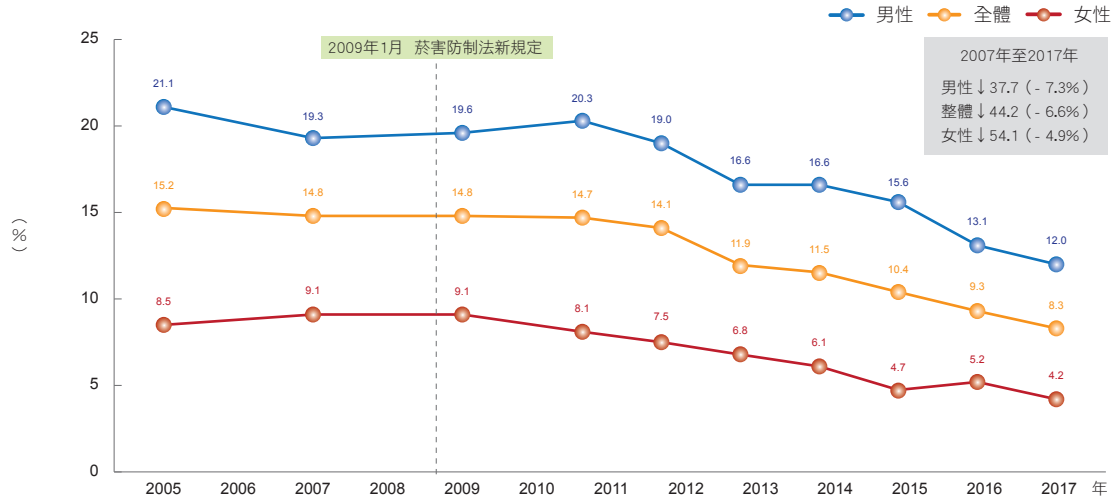
圖 3-7　歷年國中學生目前吸菸率



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. 目前吸菸率定義：過去 30 天內曾經嘗試吸菸，即使只吸一、兩口。
3. 調查題目：在過去 30 天（一個月）內，您有幾天有吸紙菸？
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。

圖 3-8 歷年高中學生目前吸菸率

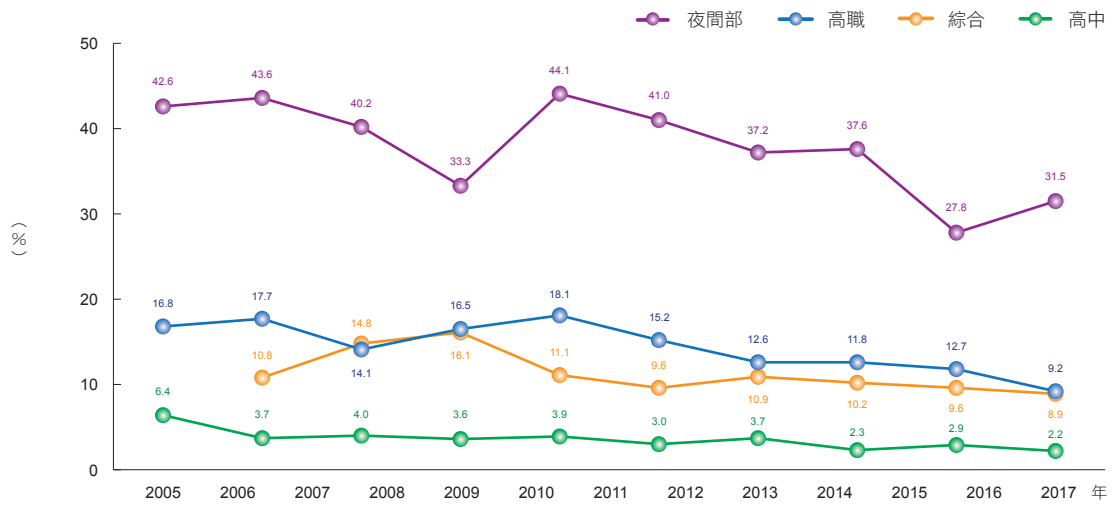


註：

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. 目前吸菸率定義：過去 30 天內曾經嘗試吸菸，即使只吸一、兩口。
3. 高中職生定義：高中、高職及五專一至三年級學生（含夜間部）
4. 調查題目：在過去 30 天（一個月）內，您有幾天有吸紙菸？
5. 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 2.2%、9.2%、8.9%、31.5%（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

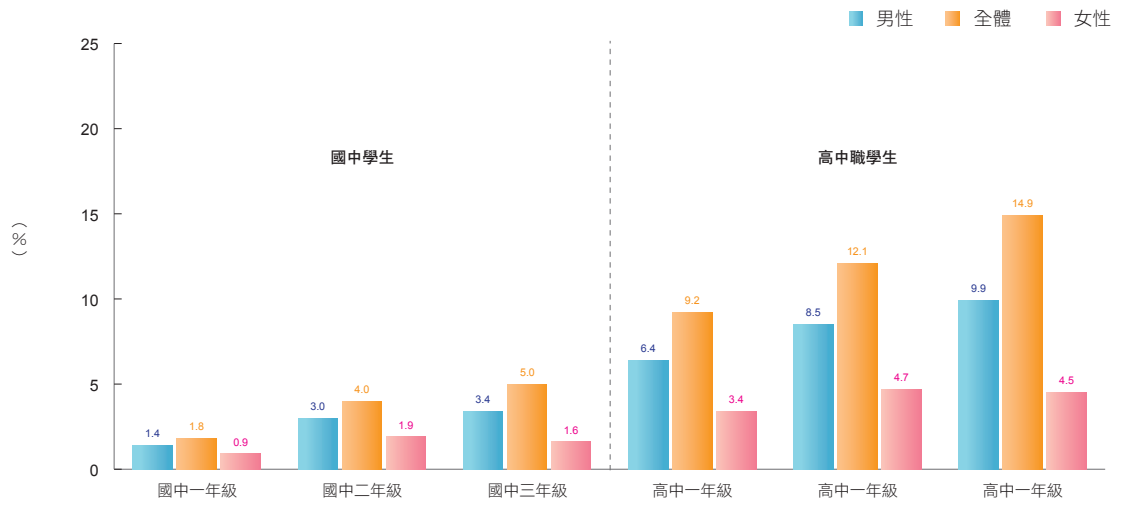


註：

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 1.4%、3%、3.4%，高中職一～三年級學生吸菸率分別為 6.4%、8.5%、9.9%（如圖 3-10）。

圖 3-10　2017 年國高中職學生不同年級別之吸菸率

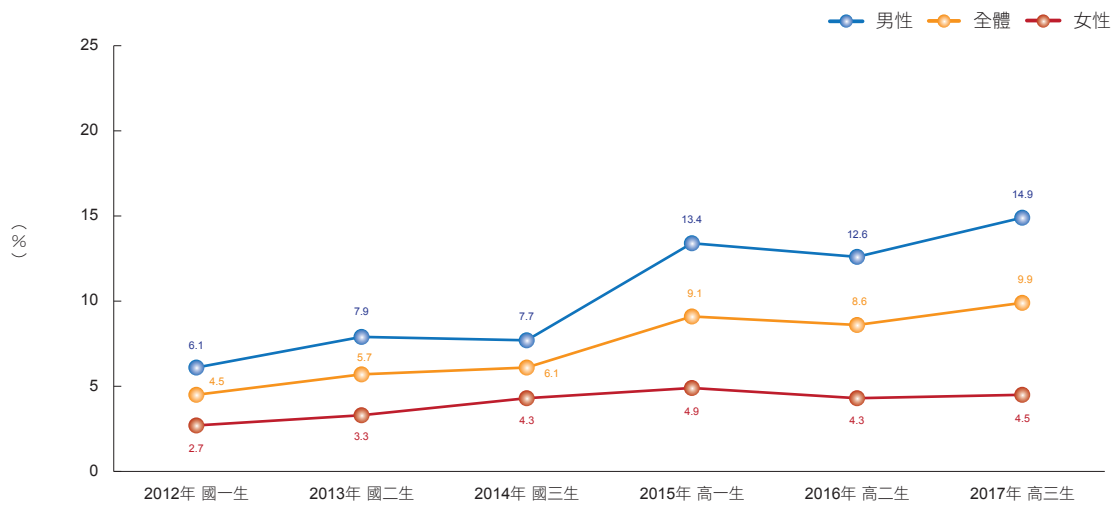


註：

1. 資料來源為國民健康署 2017 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 49.2%；2015 年的國三學生由 5.2% 上升為 2016 年高一生的 7.5%，上升幅度達 44.2%；2016 年的國三學生由 5.2% 上升為 2017 年高一生的 6.4%，上升幅度達 23.1%，儘管本調查非世代追蹤研究設計，但可初窺由國中升學至高中職青少年的吸菸率跳升是值得關注的焦點。

圖 3-11　國高中職學生歷年逐年級之吸菸率



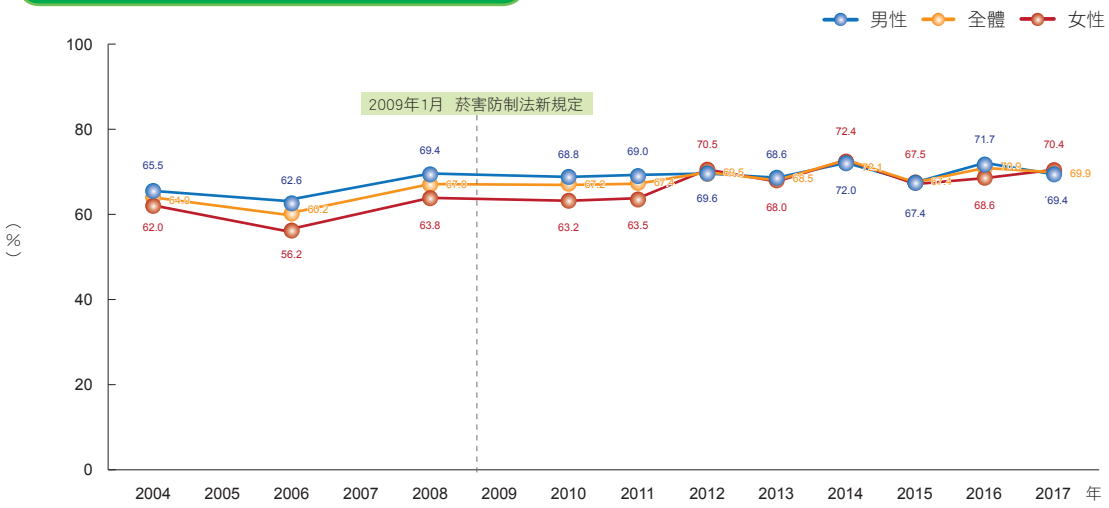
註：

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，國中與高中職生約有 6 成吸菸學生表示想要戒菸（圖 3-14、圖 3-15）。

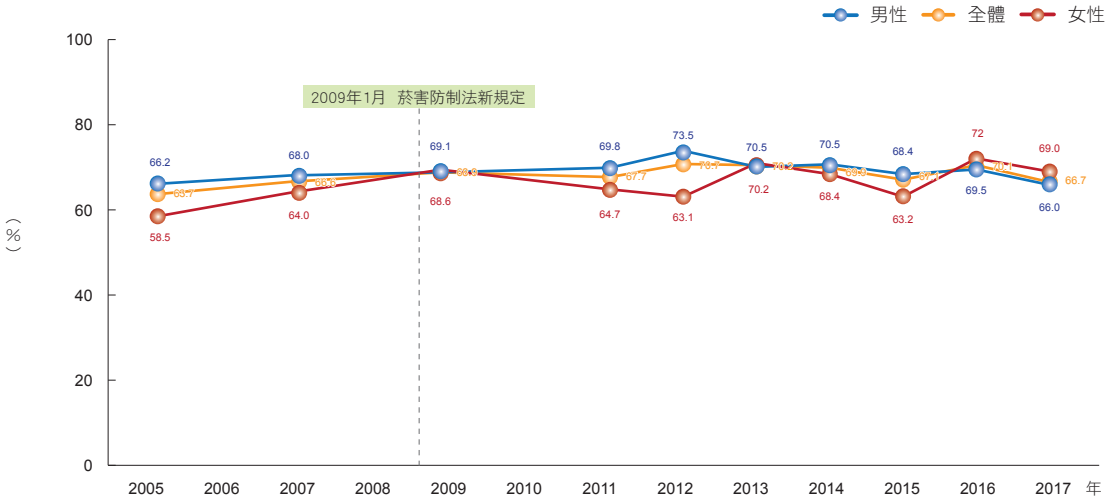
圖 3-12　國中吸菸學生戒菸經驗比率



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。

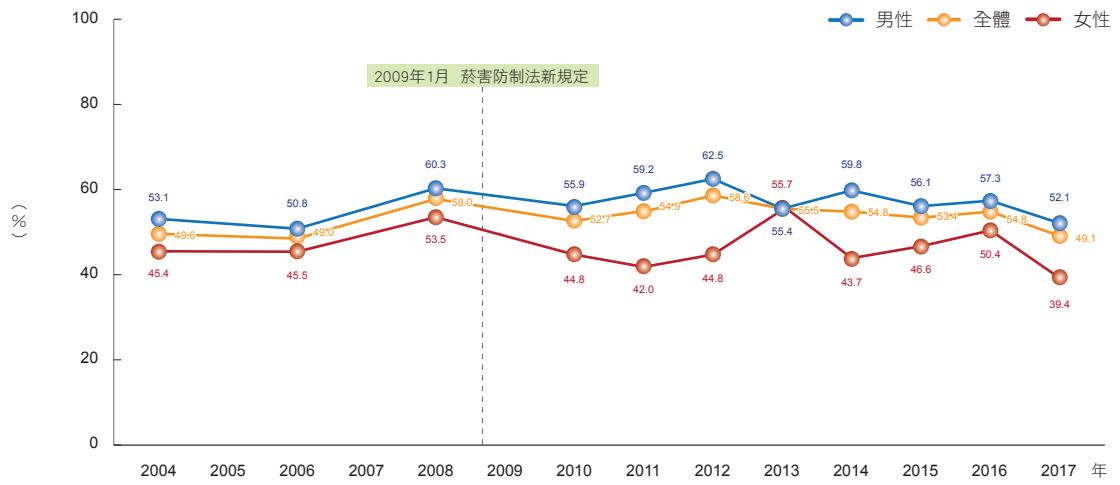
圖 3-13　高中職吸菸學生戒菸經驗比率



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. 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。

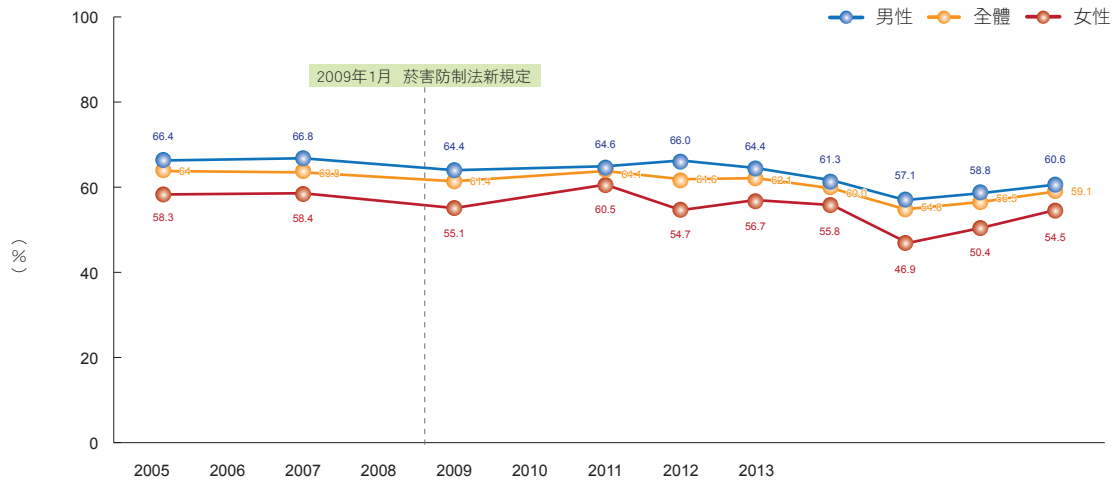
圖 3-14　國中吸菸學生戒菸意圖比率



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。

圖 3-15　高中職吸菸學生戒菸意圖比率



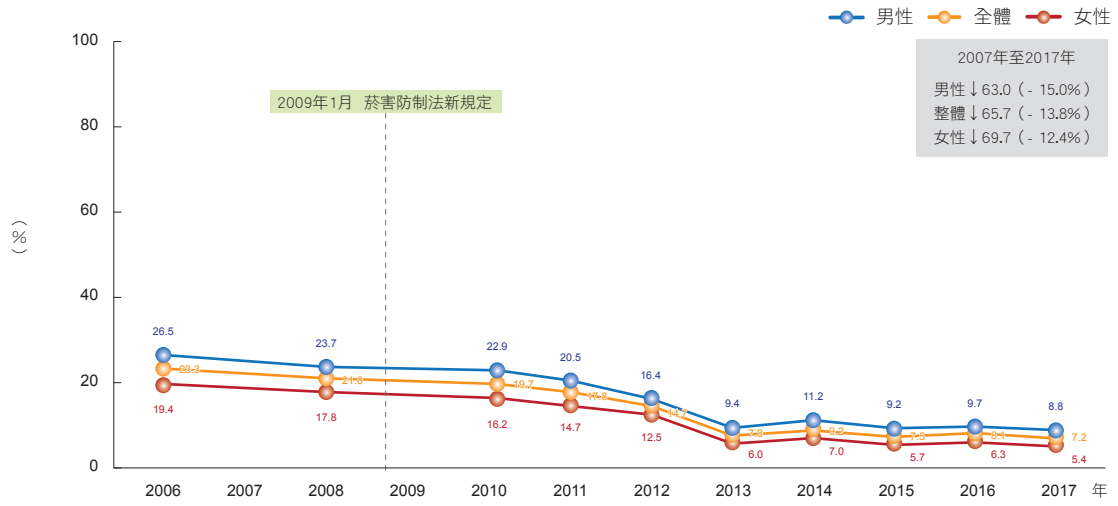
註：

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. 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」學生隔年抽樣調查。

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 2017 年 7.2%（圖 3-16）、高中職生則由 2007 年的 35.2% 降至 2017 年的 15.6%（圖 3-17），惟 2014 年校園二手菸暴露率為 7 年來首度微幅上升，2017 年略為下降。進一步分析發現，國中二手菸最主要來源為吸菸同學（30.6%），其次為其他校外人士（42.8%），再其次為老師（10.1%）；高中職學校二手菸最主要來源為吸菸同學（62.5%），其次為其他校外人士（17.8%），再其次為老師及校長（6.1%；6.1%）（圖 3-18）。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。

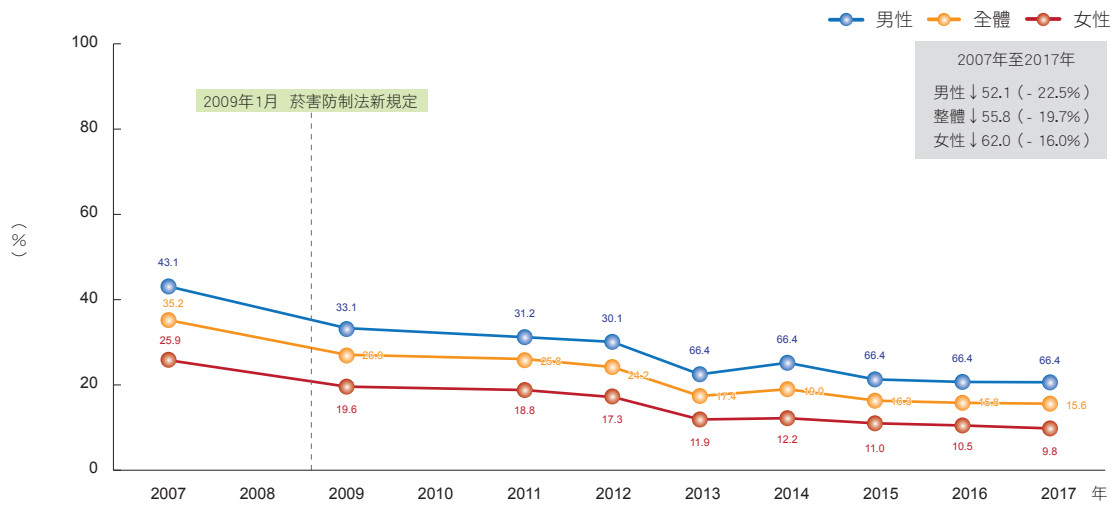
圖 3-16　歷年國中學生校園二手菸暴露率



註：

1. 資料來源：國民健康署「青少年吸菸行為調查」，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. 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。
3. 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？
4. 2004、2005 年無校園二手菸暴露資料。
5. 2006 至 2010 年調查，採取「國中」及「高中、高職及五專一至三年級」學生隔年抽樣調查。

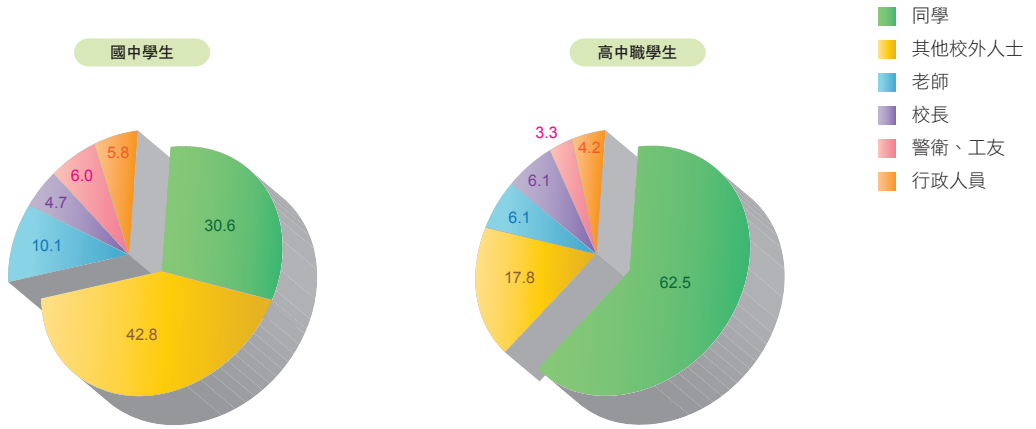
圖 3-17 歷年高中職學生校園二手菸暴露率



註：

1. 資料來源：國民健康署「青少年吸菸行為調查」，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. 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。
3. 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？
4. 2004、2005 年無校園二手菸暴露資料。
5. 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 國中及高中職學生二手菸最主要來源



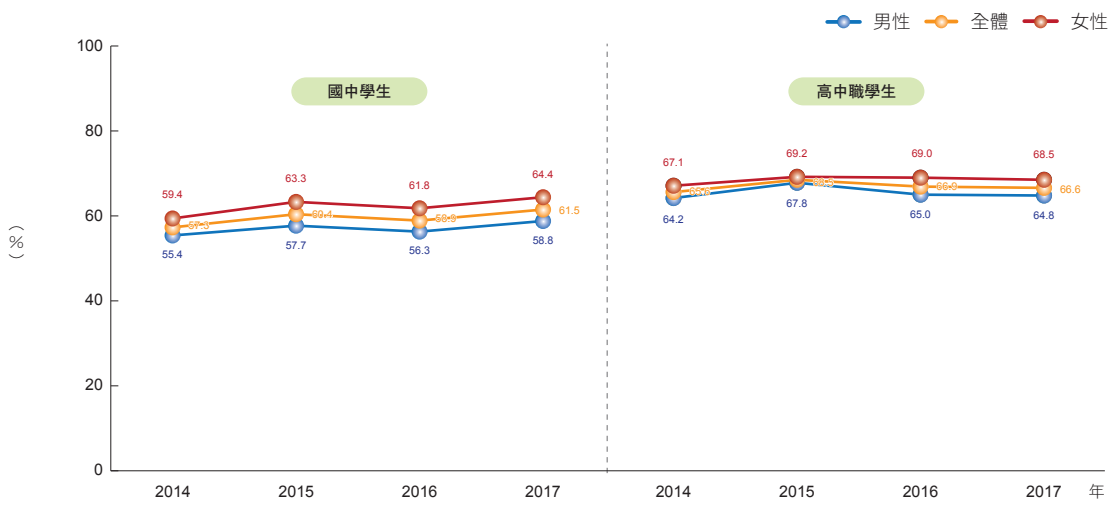
註：

1. 資料來源：國民健康署 2017 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？

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，2017 年國中生校園外公共場所二手菸暴露率為 61.5%（男性 58.8%、女性 64.4%），較 2016 年 60.4%（男性 56.3%、女性 61.8%）微幅升高；2017 年高中職學生校園外公共場所二手菸暴露率為 66.6%（男性 64.8%、女性 68.5%），也較 2016 年 66.9%（男性 65%、女性 69%）微幅升高（如圖 3-19）。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 13.3%，高中職 18.7%）（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 2017 年青少年吸菸行為調查發現，計有 67.7% 國中學生及 72.1% 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。

圖 3-19　青少年學生校園外的公共場所二手菸暴露率



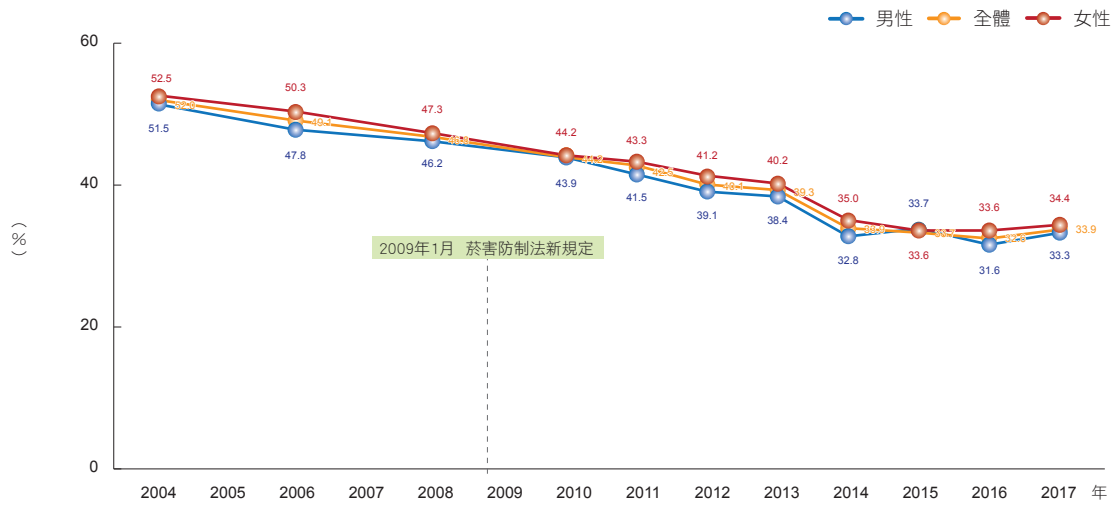
註：

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）。

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， 2017 年國中生為 33.9%（男性 33.3%，女性 34.4%）（如圖 3-20），高中職生家庭二手菸暴露率為 32.2%（男性 31.6%，女性 32.6%）（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。

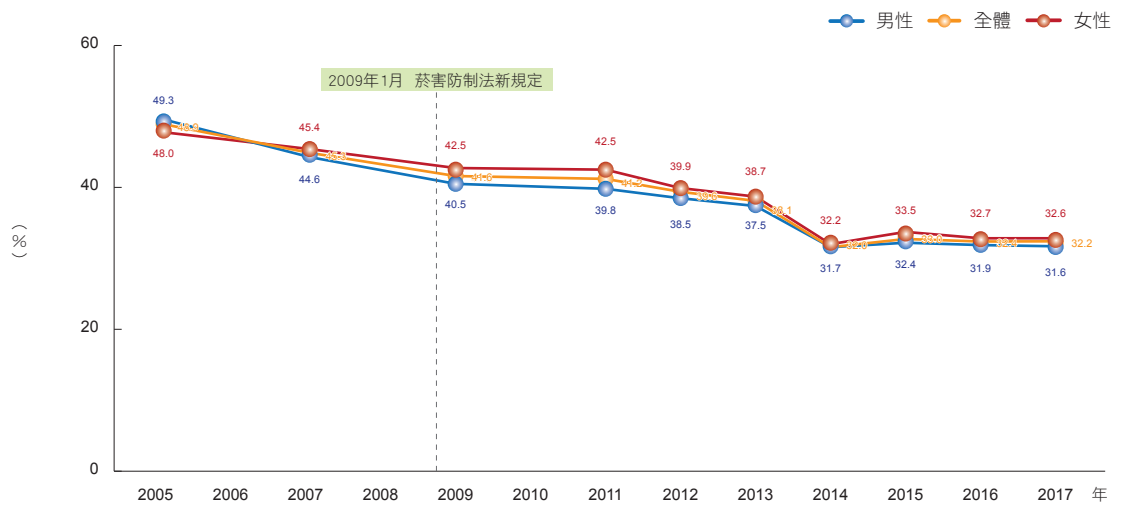
圖 3-20　國中生家庭二手菸暴露率分布



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。

圖 3-21 高中職生家庭二手菸暴露率分布



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

2017 年調查結果發現，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 4.3% 和 11.8%，為父母均不吸菸的學生吸菸率（國中 1.2%，高中職學生 5%）約 2 至 3 倍（國中 3.6 倍，高中職學生 2.4 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。

另，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 27.2%，高中職學生 44.5%），為沒有或少數好友吸菸的學生吸菸率（國中 1.8%，高中職學生 4.6%）約 9 倍以上（國中 15.1 倍，高中職學生 9.7 倍）。在未曾吸菸學生中，調查顯示有 10.9% 的國中學生和 18% 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，可以立即瞭解與處理，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

相對於吸菸行為對國人健康之危害，各種菸品訊息暴露於影音內容及網際網路內容中，目前仍屬於表意自由的一部分。菸害防制工作推動多年，實體社會已進步至各項無菸環境的推廣、例如無菸職場、無菸校園、無菸餐廳等，但在影音內容或網路世界中，卻是多年以來菸害防制工作意欲推動卻較難防範的一環。

電視節目及電影監測

2017 年委託專家學者進行監測電視節目以及電影當中菸品訊息出現的情形，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）、647 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的戲劇、卡通、綜藝、休閒／音樂與體育等五大類型節目）以及 699 個新聞節目，共計 41,940 分鐘之電視新聞內容（包括 10 個無線及有線電視臺 19 ～ 20 時的晚間新聞）。

監測結果發現，2017 年每部電影的平均菸品訊息露出次數為 15.08 次，較往年（2008 ～ 2016 年）平均次數微幅下降。此外，2011 年～ 2017 年，呈現出近 7 年華語片的平均每部菸品訊息露出次數維持在 14 次左右；相較於華語片而言，外語片 7 年的平均每部菸品訊息露出次數維持在 18 次左右（如表 3-1 及表 3-2）。

表 3-1　電影菸品訊息露出情形：2008-2017 年之比較

項目	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
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%）	49（49.0%）	37（37.0%）
觀察片數	80	104	102	103	100	100	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	11.88	15.08

表 3-2　2008-2017 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	2016	2017
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	11/20	6/16
	菸品訊息露出次數	512	511	239	163	151	171	226	363	129	73
	平均每部菸品訊息露出次數	34	39	34	14	10	10	17	23	12	12
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	38/80	31/84
	菸品訊息露出次數	491	1,174	623	332	426	356	321	536	602	612
	平均每部菸品訊息露出次數	15	24	26	14	13	17	23	20	16	20

在電影菸品訊息露出方面，表 3-3 的研究數據發現，＜夜行人生＞出現 121 次菸品訊息，這部外語片是 2017 年監測的 100 部電影中，有關菸品訊息露出最多的電影，幾乎可說整部電影處於煙霧嬝繞的情境。另外〈金爆內幕〉（出現 62 次）則為今年菸品訊息露出第二高的電影。簡言之，這兩部片幾乎是到了平均每一分鐘都有菸品訊息露出的情況。

表 3-3　2017 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
夜行人生	121	輔導級 15 級	外語片
金爆內幕	62	輔導級 12 級	外語片
佈局	43	輔導級 15 級	外語片
愚行錄	33	輔導級 15 級	外語片
園長夫人：動物園的奇蹟	32	輔導級 15 級	外語片
健忘村	24	保護級	華語片
同盟鵜鰈	23	輔導級 15 級	外語片
捍衛任務 2：殺神回歸	23	限制級	外語片
失落之城	19	保護級	外語片
月光下的藍色男孩	18	輔導級 15 級	外語片
目擊者	14	輔導級 15 級	華語片
異星引力	12	保護級	外語片
比利林恩的中場戰事	11	保護級	外語片
明月幾時有	11	輔導級 12 級	華語片
逃出絕命鎮	11	限制級	外語片
救命解藥	11	限制級	外語片

註：本表僅列出菸品訊息露出次數 10 次及以上之電影。

長期以來，卡通節目一直是五大電視節目類型中菸品訊息露出最多的節目類型，2017 年針對電視節目菸品訊息監測的結果顯示，卡通仍是菸品訊息露出最多的節目類型。從表 3-4 的研究發現可知，過去菸品訊息露出次數最多的長壽卡通＜航海王＞系列，依然是今年菸品訊息露出的榜首，該系列卡通每集播出中，平均出現高達 7.67 ～ 12.55 次的菸品訊息，幾乎是每 2.5 分鐘露出一次的狀況。

卡通類的除了航海王系列外，〈烏龍派出所〉系列每集也有平均 1.17 ～ 1.50 次的菸品訊息露出，其他卡通包括〈名偵探柯南〉系列（平均 0.33 ～ 1.25 次）、〈棒球大聯盟〉（平均 0.33 次）、〈我們這一家〉（平均 0.13 次），亦有少量菸品訊息的露出。

另外，值得注意的是，近年來，戲劇類的菸品訊息露出有增多的情形，特別是〈外鄉女〉，在抽取的集數當中，有高達 11 次的菸品訊息露出；其他戲劇節目如〈大力女都奉順〉（平均 3.50 次）、〈藍色海洋的傳說〉（平均 2.00 次）等亦有較多菸品訊息露出。

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
航海王系列（台視，卡通類）	11	138	12.55
外鄉女（民視，戲劇類）	1	11	11.00
航海王（衛視中文台，卡通類）	6	46	7.67
大陸尋奇（中視，休閒類）	8	28	3.50
大力女都奉順（東森戲劇台，戲劇類）	2	7	3.50
藍色海洋的傳說（衛視中文台，戲劇類）	1	2	2.00

註：本表僅列出平均每集菸品訊息露出次數為 2 次及以上之電視節目。

網路監測

網路為新興媒體，取代傳統媒體已是當前不爭的事實。因此，針對網路中菸品及電子煙訊息露出的現狀，已於 2015 年增列此一議題之監測。在 2017 年的研究發現如下：

（一）菸稅引發的菸價調漲情勢進入白熱化，民眾戒菸潮出現

菸稅調漲引發民眾對菸價調漲的各種討論，例如下半年中，有關「菸價」的事件主題，出現「決心」、「戒菸」等，顯示民眾對菸價調漲有感之後出現的戒菸動機已開始，加上電子煙討論的比例也提高，似乎吸菸者在考慮戒菸同時，也在思考尋求菸品替代品的可能性。

2017 年上半年度，在 Facebook 以「香菸」、「淡菸」、「電子煙」與「霧化器」作為關鍵字查詢，可得 147 個社團、119 個粉絲專頁與 20 個地標訊息；而下半年度中，則有 258 個社團、110 個粉絲專頁及 28 個地標訊息。社團的數量增加、粉絲專頁的數量卻減少，或可推測為菸品使用者社群間，逐漸趨向「非公開」的社團功能。

表 3-5　2017 年上 / 下半年菸品訊息文字雲一覽表

項目	香菸	電子煙	霧化器	菸稅	菸捐	菸價	淡菸
上半年							
下半年							

（二） Instagram 與 Youtube 菸品相關之圖文新增數量可觀，且多為由廠商推薦之電子煙相關之產品介紹或分享文

以 Instagram 電子煙圖文為例，上半年至下半年間，貼文數量共增加了 8,938 篇，平均每個月以近 1,500 則新增圖文的幅度增加。此外與電子煙有關之關鍵字搜尋可發現，如 E-juice 的訊息露出高達 433 萬則，占電子煙相關關鍵字則數的 98.0%，顯見電子煙在該社交媒體的討論熱度。

另以 Youtube 為例，以「電子煙」作為關鍵字，並篩選「今年」之影片，可發現下半年度所得結果 1 萬 4,600 項，較上半年度搜尋所得之 1 萬 4,300 項篩選結果，增加了 300 部影片。藉由分析排序前 100 的影片，可發現最多影片為「產品介紹」，上傳者多是電子煙販售商家「Room 86」，在 100 部影片中即有 18 部。

（三） 各賣家自設的網路商店，電子煙相關產品大增

以各賣家自設網路商店販售商品之露天網站為例，顯示買賣家利用各種電子煙相關字，例如「霧化器、果汁」、「水果煙」、「電子果汁」、「E-juice」、「維他命棒」等替代詞彙，顯示電子煙周邊新興產品大增，而由各買賣家自行經營管理之拍賣網站，難以控管賣家販售之商品，可能增加青少年取得相關產品之管道。

（四） 網路內容與菸害防制方面：

針對菸品與電子煙訊息於影音內容及網路之露出限制，建議可從四個修法方向著手。分別是，一是電子煙的政策態度、二是自律 / 防護機制條款的推動、三是新增菸害防制法自律防護機制的條文，以及四是修正〈廣電內容出現吸菸畫面或情節之製播處理原則〉等。

（五） 未來努力方向：

菸害防制宣導工作將積極朝向：（1）跨界的結合，特別是與兒少、家長、教師及女性 NGO 團體的合作；（2）長期菸品訊息監測之結果，需持續披露及提供影音工作者；（3）加強實證研究與科學證據：影音內容與兒少接觸之影響性證據之連結；（4）媒體倡議座談會有助提升媒體關注度；（5）善用網紅效應及反菸之影像工作者之投入，有助擴大正向訊息之傳散；

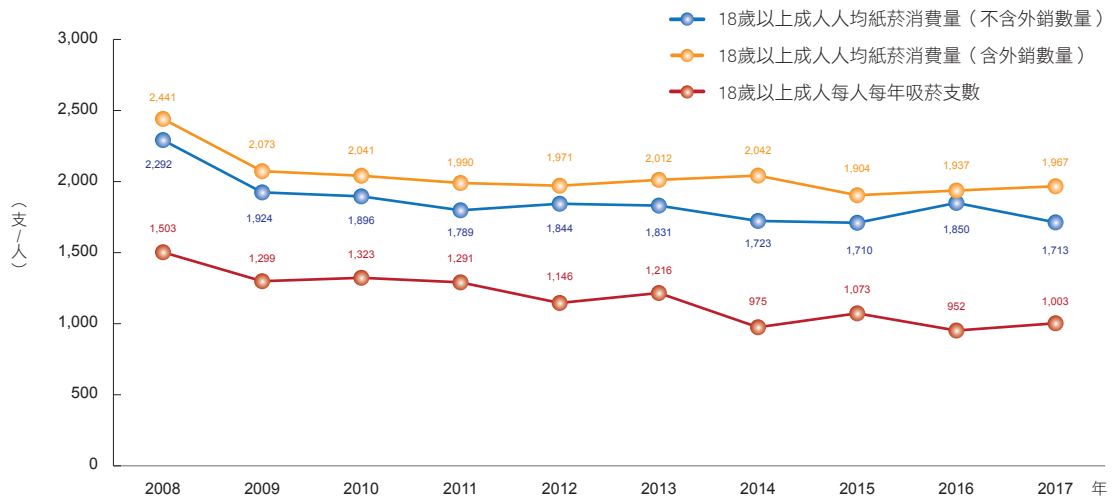
另針對數位內容之防制、管理與宣導之相關建議，具體方向則為：（1）透過 Facebook 免費軟體 crown tangle 管理社群訊息；（2）透過 google 進行畫面辨識 要求業者下架影片；（3）創造內容；（4）善用轉化廣告之行銷手法改變菸品形象；（5）鼓勵業者自律或加註警語等。

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，中低所得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所得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，中低所得國家菸品消耗量的增加足以抵消高所得國家消費的減少。

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，18 歲以上男性吸菸率約自 2002 年的 48.2% 下降至 2017 年的 26.4%，而 18 歲以上女性吸菸率則持平介於 2% 至 5% 間。18 歲以上吸菸者每人每日吸菸量，從 2008 年的 19 支降至 2016 年 17.3 支，除 2010 年、2011 年、2013 年和 2015 年微升外，大致呈現下降的趨勢，然 2017 年又攀升為 19.2 支；推估 18 歲以上成人每人每年吸菸支數由 2008 年的 1,503 支降至 2017 年 1,003 支（如圖 3-22）。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 2017 年 19.5 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 2017 年 1,013 支（如圖 3-23）；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。

圖 3-22　18 歲以上成人紙菸消耗量及吸菸支數之關係



註：

1. 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
2. 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
   （1）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。
   （2）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 2017 年外銷數量為 2.5 億包，佔 12.9%。

（3）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。

（4）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）。

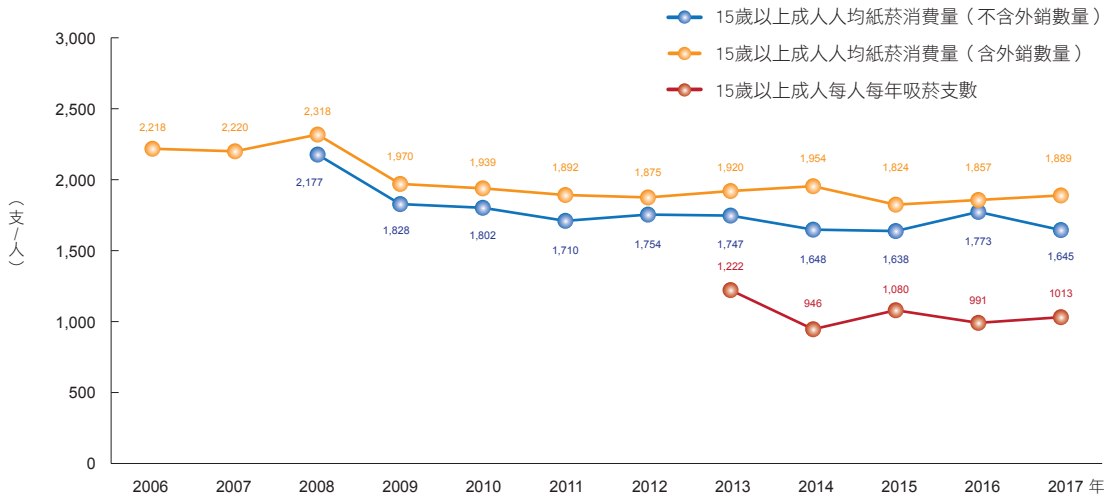
（5）成人人均紙菸消費量國際間的計算方法為：將紙菸消費總量除以 15 歲及以上人口總數。資料來源：2013 The Tobacco Atlas 4th Edition from the World Lung Foundation http://www.tobaccoatlas.org/

3. 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

（1）資料來源為國民健康署國人吸菸行為調查（ASBS）。

（2）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。

圖 3-23　15 歲以上國人紙菸消耗量及吸菸支數之關係



註：

1. 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
2. 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

（1）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。

（2）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 2017 年外銷數量為 2.5 億包，佔 12.9%。

（3）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。

（4）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）。

（5）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/

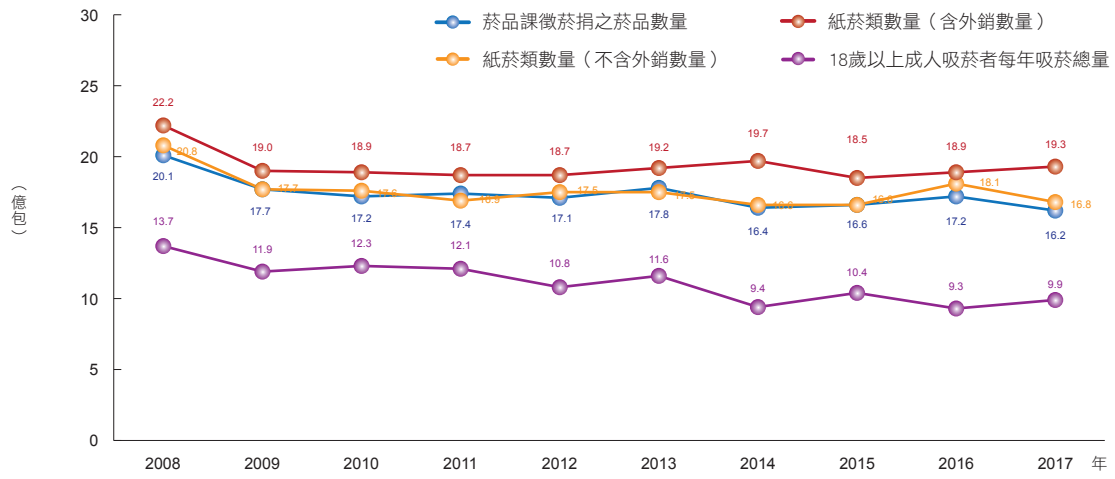
3. 國人每人每年吸菸支數：所有 15 歲以上國人每人每年平均吸菸總支數 =（一個月之吸菸天數）×（有吸菸日子中之吸菸支數）×12 月

（1）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。

（2）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。

另有關紙菸銷量，依據財政部財政資訊中心提供之紙菸國產菸資料與財政部關務署網站公布之進口總量資料，紙菸總量由民國 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 億包和 19.7 億包，2015 年和 2016 年再微降至 18.5 億包和 18.9 億包，2017 年再微升至 19.3 億包。若不含外銷數量，則紙菸總量由 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 2013 年微升至 17.5 億包，2014 和 2015 年降至 16.6 億包，2016 年微升至 18.1 億包後，2017 年又降至 16.8 億包（如圖 3-24）。

圖 3-24　紙菸類總量及成人吸菸者吸菸量之關係



註：

1. 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。
2. 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 2017 年外銷數量為 2.5 億包，佔 12.9%。

   資料來源：

   （1）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。

   （2）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）。
3. 菸品課徵菸捐量定義：由菸品健康福利捐課徵數量估算菸品總量，菸品健康福利捐課徵數量含紙菸（106 年成人吸菸率為 14.5%）、菸絲、雪茄（106 年目前吸雪茄比率為 1.3%）和其他菸品，但不含走私菸和免稅菸，故與估算結果與實際紙菸量略有出入。
4. 成人吸菸者每年吸菸總量定義：所有 18 歲以上成人目前吸菸者一年內吸菸總支數 =（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，本資料係 97 年方加入該項調查。

若再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 歲以上每人每年平均菸品消耗量（含外銷數量），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，2013 年和 2014 年分別微升至 1,920

支和 1,954 支，2015 年再微降至 1,824 支，2016 年及 2017 年再微升至 1,857 支及 1,889 支。若不含外銷數量，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 和 2013 年微升至 1,754 支和 1,747 支，2014 和 2015 年降至 1,648 支及 1,638 支，2016 年再微升至 1,773 支，2017 年再降至 1,645 支（如圖 2）。

紙菸總量及消耗量之社會影響因素包括：

（一）查獲涉嫌走私菸品成效良好，歷年查獲數量分別為 2012 年的 1,343.69 萬包、2013 年的 2,129.53 萬包、2014 年 1,690.35 萬包、2015 年 1,055.17 萬包，可見已有效防堵走私菸流入市場，致合法菸品消費量增。

（二）本署推動調漲菸捐稅，經立法院於 2013 年 5 月 17 日完成一讀調高菸捐 20 元、菸稅 5 元，並於 2016 年 1 月 12 日將草案重行陳報行政院決議通過，期間促使菸商和民眾爭相囤貨。

（三）查交通部觀光局公布「觀光統計圖表」，中國大陸觀光客由 2012 年的近 259 萬人、2013 年的 287 萬、2014 年近 399 萬人，暴增為 2015 年 418 萬餘人，2016 年及 2017 年降為 351 萬餘人及 273 萬餘人（中國大陸吸菸率居高不下，中國疾病預防控制中心在 2015 年於中國成人吸菸調查發現，5 年前（2010 年）有 27% 的成人吸菸，與現在的吸菸率相同。

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%，在中低所得國家則影響更大。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%，部分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 家門市菸品全面下架，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人與弱勢者吸菸率回升，低菸價也較不容易促成戒菸動機，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。

根據國內外研究顯示，僅靠自己意志力戒菸，一年後的戒菸成功率約 3-5%；利用戒菸服務戒菸，一年後的戒菸成功率約 25%；顯示有專業人員協助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 5-8 倍。因此本署持續推動二代戒菸、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、加大菸盒警示圖文面積，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 2009 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。根據 2016 年兒科期刊（Pediatrics）世代研究調查發現，青少年曾在 2 年內吸過電子煙，其嘗試一般菸品的機會是沒吸過電子煙青少年的 6 倍，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。

電子煙全球使用人口快速增加，尤其在網購便利時代，非常難管制，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、2016 年 3 月 3 日及 2017 年 4 月 26 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、經濟部及本部等單位，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。財政部關務署於 2017 年查獲電子煙非法進口案件共 183 件，含電子煙 1,246 支、煙液補充包 11,939 瓶，其他配件 5,602 件，依違反藥事法移送司法警察機關偵辦案件計 233 件。行政院海岸巡防署依據「海岸巡防法」第 4 條規定，於海域、海岸、河口與非通商口岸之管轄區域內執行走私電子煙之查緝工作。
2. 為遏止電子煙非法流入，本部將持續與財政部關務署、行政院海岸巡防署合作，避免電子煙循不法管道輸入國內，以共同加強邊境管理。

（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，透過跨部會合作機制，2015 年各單位送驗檢體數量急遽增加。2015 年檢驗件數 2,134 件，尼古丁檢出率為 66.9%；2016 年檢驗件數達 3,062 件，尼古丁檢出率為 77.4%；2017 年檢驗件數達 1,471 件，尼古丁檢出率為 77.7%。
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。2017 年各地方政府衛生

局依照菸害防制法第 14 條共稽查 23 萬 8,081 次，處分 160 件，計罰鍰 75 萬 3,000 元整；其中針對電子煙產品處分 132 件，計罰鍰 60 萬 6,000 元整。

臺中市政府衛生局進行電子煙實體店面稽查

臺中市政府衛生局進行電子煙實體店面稽查

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. 內政部警政署協助衛生主管機關查處電子煙案件，查獲案件經衛生主管機關檢驗含尼古丁成分後，均依違反藥事法規定予以移送，2017 年共計查獲 168 件。

6. 教育部分別於 2015 年 12 月 7 日及 2016 年 2 月 19 日函請各大專校院、高級中等學校及各地方政府轉知所屬學校，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。2017 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 1,100 次以上，查獲疑似違規廣告共 143 件，其中 5 件依藥事法移送司法偵辦，11 件依菸害防制法處罰鍰計 1.4 萬元。

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。2017 年我國 18 歲以上成人目前吸食電子煙的比率為 0.5%，約近 10 萬人使用。另依據青少年吸菸行為調查，國中生和高中職生目前使用率分別由 2014 年 2.0% 及 2.1%，約 1.6 萬及 1.8 萬人，於 2015 年上升為 3.0% 和 4.1%，約 2.4 萬人及 3.4 萬人，至 2016 年再上升為 3.7% 及 4.8%，約 2.8 萬人及 3.9 萬人；幸而各級學校將電子煙納入校規規範管 ，且將電子煙危害納入菸害或其他相關課程授課宣導，青少年電子煙吸食狀況開始獲得控制，2017 年降為 2.5% 與 4.5%，推估現今我國總計約有 5.2 萬青少年正使用電子煙（國中約 1.7 萬人及高中職約 3.6 萬人）。

3. 為持續蒐集社會各界對於電子煙未來管理方向之看法，2017 年 2 月進行民調調查結果，近 8 成民眾支持加強電子煙管制。

4. 基於兒童權利公約所揭示保護兒少健康權之立場，防止兒童及少年接觸有害其身心發展之網際網路內，於 2017 年 12 月 13 日邀集媒體傳播及法律專家、國家通訊傳播委員會、IWIN 網路內容防護機構、經濟部、食藥署及保護司召開「研議管制業者利用網路違法廣告銷售電子煙」會議。依兒童及少年福利與權益保障法第 46 條之規定，請 iWIN 網路內容防護機構，將違規業者網址設為黑名單，防杜兒童少年接取網站（頁）資訊。

5. 已研擬菸害防制法修正草案擬增訂電子煙定義，並將電子煙納入「吸菸」、「菸品廣告」及「菸品贊助」定義內，以明文禁止於禁菸場所吸食及禁止廣告、贊助與未滿 18 歲者及孕婦使用電子煙，並明定不得供應電子煙予未滿 18 歲者。該修正草案業經立法院於 2017 年 12 月 29 日完成一讀程序，未來修法後，對於電子煙管理將有更明確的規範。

（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. 食品藥物管理署自 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，提醒消費者不要使用該等產品。

2. 國民健康署：

（1） 運用多元媒體、社群網路及活動、網紅合作與網路影片等方式加強菸害與電子煙危害宣導。與人氣網紅、圖文創作者、醫師等人合作，製作 4 則宣導影片，合計 75 萬次影片瀏覽數，有效觸及網路族群。

（2）打造全台首創菸害教育互動體驗車，與網紅「小學課本的逆襲」合作，透過　菸害小偵探 密室的三手菸事件　互動遊戲，進行三手菸、電子煙及戒菸宣導，吸引學子民眾熱烈迴響，並陸續巡迴校園、社區、各地活動加強推廣國民健康署之健康促進業務，至 12 月底已執行 11 次，觸及至少 1.5 萬人次。

（3）為加強電子煙危害認識，企劃動新聞專題影片『電子煙沒告訴你的那些事』、搭配網路行銷，廣告曝光數達 2,110,888 次；製作電子煙防制海報於全台連鎖網咖桌布廣告曝光，露出 43,966 檔。校園宣導部分，刊登《空中英語教室 - 電子煙傷身又傷心》英文廣編稿 1 則、D card 網路論壇、執行高校誌校園活動 15 場至少觸及 11,815 人。

2017 年 12 月份空中英語教室刊登－電子煙傷身又傷心英文廣編稿

（4）電子煙危害防制宣導納入衛生福利部 2017 年度衛生教育主軸議題，各地方政府衛生局共辦理 6,820 場宣導活動，觸及至少 387 萬 9,489 人次。媒體訊息露出 9 萬 1,232 則，觸及至少 484 萬 2,155 人次。並辦理宣導人力培訓共 2,620 人參訓。

新北市政府衛生局於「暑期小神農快樂探索旅程」推動電子煙危害防制宣導

苗栗縣政府衛生局結合「苗栗縣大湖環湖步道揭牌」進行電子煙危害宣導

連江縣衛生局透過公車車體廣告傳播「健康新主張拒絕電子煙」

嘉義縣政府衛生局透過舞台短劇宣導電子煙危害

（5）辦理醫師、牙醫師、藥師、衛教人員等之戒菸服務教育訓練課程，納入電子煙防制知能，各總計培訓 234 位醫師、223 位牙醫師、282 位藥師、460 位衛教師。

高雄市政府衛生局於「531 無菸世界日推動我年輕我不吸菸不吸電子煙」活動

3. 心理及口腔健康司：於 2017 年共計於 5 場次藥癮治療人員繼續教育訓練課程中，納入電子煙防制相關知能課程，參訓人數約 573 人。

4. 保護服務司：於 2017 年 5 月至 6 月期間運用行政院在全國各鐵公路及醫院等公共場所 72 處之 LED 電子看板，進行兒童少年不得吸菸、飲酒、嚼檳榔、電子煙等防範並配合青春專案進行宣導；更對兒少社區預防方案，服務兒少好奇誤用接觸三、四級毒品個案之地方政府及民間團體加強宣導以積極避免兒少接觸電子煙。

5. 社會及家庭署：於 2017 年結合民間團體辦理兒童及少年福利與權益宣導、研習、訓練活動、品德及法治教育研習等相關活動，加強電子煙防制宣導計 11 場，受益兒少人數共計 3 萬 7,306 人，以避免兒少接觸電子煙。

教育部：

1. 建議學校將電子煙納入校規規範管理，目前 3,458 所高級中等以下學校，超過半數學校已納入規範管理，禁止教職員工生攜帶及吸食電子煙。

2. 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：共 1 萬 218 場、78 萬 6,656 人次參加。

3. 納入推動校園藥物濫用防制及菸害防制教育宣導：共 1 萬 9,556 場、342 萬 404 人次參加。

4. 各級學校全面推動健康促進學校計畫，並將菸害防制（含電子煙）定為必選議題，由學校制定策略推動，透過衛教宣導、轉介戒菸及營造無菸環境等，建立反菸共識。

5. 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。

6. 高級中等以下學校將電子煙危害於菸害或其他相關課程授課宣導共 1 萬 8,369 場次。

交通部：2016 年辦理電子煙防制教育訓練或宣導活動共計 759 場，計 2 萬 9,523 人次。

財政部：關務署與所轄各關 2017 年辦理含電子煙相關法規宣導、產品辨識與查緝重點等在職訓練課程，逾 480 場次，計 6000 人次參訓。

國防部：於 2017 年 1 月 25 日令頒「國軍 2017 年度菸害暨檳榔防制工作實施計畫」，並將電子煙納入防制目標。另分別於 2017 年度菸害暨檳榔防制輔導員培訓課程（6 場，計 477 員）及菸害暨檳榔防制輔導員成果發表會（6 場，計 489 員），總計辦理 12 場次、966 員，均納入電子煙防制教育訓練。

本署已研擬菸害防制法修正草案擬增訂電子煙定義，並將電子煙納入「吸菸」、「菸品廣告」及「菸品贊助」定義內，以明文禁止於禁菸場所吸食及禁止廣告、贊助與未滿 18 歲者及孕婦使用電子煙，並明定不得供應電子煙予未滿 18 歲者。該修正草案業經立法院於 2017 年 12 月 29 日完成一讀程序，未來修法後，對於電子煙管理將有更明確的規範。

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 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」，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。

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

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 條所稱劣菸及菸害防制法第 7 條菸品容器尼古丁及焦油標示正確性之檢驗基礎。

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

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

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。

2017 年抽查市售 12 種國產紙菸、39 種進口紙菸及 5 種大陸進口共 56 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，4 種送驗走私菸品其尼古丁及焦油含量，超過菸害防制法最高含量標準，依菸酒管理法裁處。另，8 種菸品容器標示值，逾檢測值允許誤差範圍，菸品標示不實違反菸害防制法第 7 條規定，地方政府衛生局共開立 5 件裁處書，裁處金額共 350 萬元罰鍰，另 3 件採行政指導。

依 1995 年至 2017 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 93 種為致癌及有害物質，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。為使菸品成分申報審查原則更臻明確，並提升菸品申報資料之正確性，本署修正「菸品資料申報及審查作業原則」，於 2017 年 11 月 28 日生效實施。

2017 年辦理菸品資料申報業者總計有 392 家次，共申報 3,188 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。2017 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 2017 年總瀏覽人次為 21 萬 2,241，其中 2017 年瀏覽人次為 3 萬 2,564。

國際交流

菸害防制政策之國際合作

世界衛生組織指出，全球每年逾 7 百萬人死於吸菸相關疾病，其經濟代價也是巨大的，衛生保健費用及生產力損失合計超過 1.4 萬億美元，為遏止全球菸害問題，於 2003 年通過「世界衛生組織菸草控制框架公約（FCTC）」，規範重點包括減少菸草需求的措施及減少菸草供應措施等；該組織又於 2008 年提出菸害防制 6 大策略 MPOWER，指引各國落實菸害防制工作。

臺灣在各項菸害防制策略推動下，無論是成人、青少年、老人吸菸率，均有顯著下降。但值得注意的是，依據 2016 年調查顯示，原住民吸菸率近 3 成，另外，不吸菸女性過去一週內有家庭二手菸暴露比率高於不吸菸男性，綜觀上述，國內仍有待強化相關菸害防制策略。

為持續呼應 FCTC 公約之規定並與國際接軌，積極培訓國內菸害防制專家學者，與國際學者建立長期合作網絡，進行跨國性之菸害防制相關議題之學術研究交流與合作，全面檢視我國菸害防制現行工作之成效，並提出政策建議，同時透過學術發表提升我國相關成果之國際能見度。

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 2017 年計有 181 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 2017 年底為止，已召開 7 次締約方會議，依序如下：

1. 第 1 次：2006 年 2 月 6 日至 17 日於瑞士日內瓦，
2. 第 2 次：2007 年 6 月 30 日至 7 月 6 日於泰國曼谷，
3. 第 3 次：2008 年 11 月 17 日至 22 日於南非德班，
4. 第 4 次：2010 年 11 月 15 日至 20 日於烏拉圭東岬，
5. 第 5 次：2012 年 11 月 12 日至 17 日於南韓首爾，
6. 第 6 次：2014 年 10 月 13 日至 18 日於俄羅斯莫斯科，
7. 第 7 次：2016 年 11 月 7 日至 12 日於印度新德里。

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 22 日三讀通過，1 月 23 日總統令公布再次通過修法，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 2017 年 12 底為止，共 26 個締約方正式批准簽署，尚未生效（需達 40 個締約方簽署始能生效）。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。

第 7 次締約方會議於 2016 年 11 月 7 日至 11 月 12 日，於印度新德里召開，有關締約方共識包括：

1. 鼓勵各國採取素面包裝、簽署消除菸品非法貿易議定書、將 2030 聯合國永續發展目標納入各國政策。
2. 針對新興菸草製品，如電子煙、水菸、無煙菸品等加強管理。
3. 積極落實第 5.3 條實施準則，請各國提供防止菸商干預政策之經驗，包括透明公開制度。

並通過重要決議包含：

1. 電子煙管制：尊重各國主權，其管制或禁止之理由並不一定須以科學證據為依據；維持「禁止 Prohibition」與「管制 regulation」並列之文字；管制範圍擴張到製造、輸入、配送、陳列及販售；管制方式仍維持菸品、藥品及一般商品 3 類。
2. 控制與防制水菸：增加管制密度、禁止添加風味。
3. 通過公約第 5.3 條提案，強調跨部門與國際合作「認識（address）」菸商之不當影響。
4. 其他重要決議提案涉及條文包括：第 9 條與第 10 條（菸品成分管制及披露規定）指導準則部分條文；第 13 條廣告，促銷及贊助；第 15 條消除菸品非法貿易議定書；第 17 條輔導菸農轉作；第 19 條菸商民事及刑事責任；第 21 條報告及資訊交換；以及制定菸害防制策略應考慮性別風險等。

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

「國際菸害防制政策研討會暨工作坊」

為探討如何讓臺灣借鏡國際菸害防制經驗，9 月 3 日下午委託臺北醫學大學辦理「2017 國際菸害防制政策研討會暨工作坊」，邀請 Dr. Geoffrey Fong、韓國吸菸與健康協會會長 Hong-GwanSeo, M.D. 與國內專家學者，透過交流促進臺灣菸害防制政策推動與發展。

「2017 國際菸害防制政策研討會暨工作坊」與會貴賓合照

2017「第九屆兩岸四地菸害防制交流研討會暨十周年大會」

為宣揚國內菸害防制成果，並向國際宣示我國遵循 WHO 菸草控制框架公約（FCTC）規範，本署部分補助財團法人董氏基金會於 9 月 3 日至 5 日假臺大醫院國際會議中心辦理「第九屆兩岸四地菸害防制交流研討會暨十周年大會」，計有 423 人與會（台灣 367 人），投稿論文 94 篇（台灣 52 篇）。

本次會議邀請 WHO 高級政策顧問 Judith Mackay、國際菸草控制計畫（ITC）全球總負責人 Dr. Geoffrey Fong、專家學者進行青少年菸害防制、戒菸服務、水菸、電子煙等議題之專題報告。

學術報告方面特別安排戒菸治療服務與傳播主題，介紹台灣戒菸服務體系、歷年成果及醫藥人專業訓練與繼續教育，展現台灣特有之戒菸服務推動模式。本署以「臺灣菸害防制之現況與展望」為題，將我國落實 FCTC 之規範、推動菸害防制經驗、重要成果及規劃推動菸害防制法全面修法等未來展望，發表專題演講。

兩岸四地菸害防制交流研討會與會貴賓合照

癌友團體聯手宣示「拒絕菸害—依照公約全面修法」

2017 菸草控制框架公約國際研討會

10 月 24 日至 25 日委託中央研究院辦理「2017 菸草控制框架公約國際研討會」，邀請澳洲墨爾本大學法學院 Prof. Tania Voon、紐西蘭 Otago 大學公共衛生學院 Prof. Nick Wilson、美國喬治城大學法律中心 Prof. Sarah Roache、日本大阪國際癌症中心 Dr. Takahiro Tabuchi 及國內菸害防制與貿易法領域專家學者，針對「菸害訴訟」、「新興菸品管制」、「無菸環境」、「菸草控制與永續發展目標」及「醫療負擔與菸商責任」等議題，進行經驗交流與學術探討。

「2017 菸草控制框架公約國際研討會」與會貴賓合照

2017 年臺灣菸害防制法座談會

鑑於各國以吸菸率降低至 5% 以下為理想的終極目標（Endgame），於 11 月 15 日委託台灣醫界菸害防制聯盟辦理「2017 年臺灣菸害防制座談會」，除邀請美國加州大學教授 Dr. Elizabeth A Smith、泰國拒菸與健康基金會執行秘書 Prof. Prakit Vathesatogkit、香港大學公共衛生學院林大慶教授外，國內則邀請高志文博士分享從 FCTC/Endgame 看臺灣菸害防制政策，結合國內外經驗，共同針對以 FCTC / Endgame 為努力目標進行菸害防制議題探討各國策略並剖析優先次序。

「2017 年臺灣菸害防制法座談會」與會貴賓合照

歐盟執委會「國家專家專業訓練計畫（NEPT）」短期見習

（一） 近年電子煙等新興菸品快速於世界各國市場氾濫，吸引青少年及兒童因好奇而嘗試；依本部國民健康署 2016 年青少年吸菸行為調查結果顯示，我國國、高中學生電子煙吸食率已由 2014 年的 2.0% 與 2.1%，竄升至 2016 年 3.7% 與 4.8%，增加近一倍，顯示電子煙的興起，已成為我國未來菸害防制重大課題。

（二） 為瞭解歐盟針對電子煙之管制內容，本部國民健康署於 2016 年第 28 屆「台歐盟諮商綜合及其他部門別會議」提案與歐盟進行電子煙法規及公衛合作，並獲歐盟執委會衛生及食品安全總署（DG SANTE）同意提供國家專家專業訓練計畫（National Experts in Professional Training Programme，NEPTs）受訓名額，爰推派受訓人員赴該總署第 B 司第 2 處參與訓練計畫。

（三） 於 2017 年 3 月 16 日至 6 月 15 日派員在歐盟參與訓練計畫，見習期間參與電子煙管制及監測工作，除參與「菸害防制政策專家小組會議」、「菸品跟蹤及追溯系統專家小組會議」、「世界無菸日研討會」及「加味菸獨立諮詢小組會議」等討論會議外，並透過蒐集、彙整各國管理規範，摘要重要文獻及會議記錄等工作內容，瞭解歐盟電子煙立法重點、管制細節、各會員國遭遇困難及最新發展，以及歐盟菸草指令（2014 /40 /EU）之規範內容、創新策略及執行現況；另亦與英國及瑞典會員國代表會面請益，詳談該 2 國菸害防制實務經驗及歐盟菸草指令落實現況。

（四） 藉此雙邊交流平台，有助於開拓臺歐盟菸害防制交流合作機會，後續將持續尋求參與研討會或論壇方式，針對電子煙規範之執行現況、遭遇困難及解決方案等事項，進行經驗交流及分享，並可作為日後研擬修正菸害防制政策之參考。

「第 145 屆美國公共衛生年會」暨參訪美國疾病管制署

（一） 2017 年 11 月 4 日至 11 月 9 日在美國喬治亞州亞特蘭大辦理，「第 145 屆美國公共衛生年會」為美國公共衛生協會（American Public Health Association, APHA）舉辦之全球重要公共衛生會議，與會人員包括各國衛生部門代表、非政府組織專業人士、研究學者、專家，以及實務工作者，於 106 年 11 月 4 日至 11 月 8 日（含 pre-confrence）在美國喬治亞州亞特蘭大市（Atlanta, Georgia）召開。本屆大會主題為創造最健康國家 - 氣候變遷與健康「Creating the Healthiest Nation: Climate Changes Health」，以藉由科學證據、社區經驗，因應氣候變遷的健康效應，全球約 1 千 2 百餘位專業人士參與。同時並於 APHA 執行長 Dr. Georges Benjamin、現任理事長 Thomas C. Quade 有良好互動，為之後持續之台美公共衛生專業交流，留下良好基礎。

（二） 本署與美國 CDC 合作，運用 WHO 青少年健康監測調查工具，參與辦理「全球青少年吸菸行為調查（Global Youth Tobacco Survey, GYTS）」以及「全球青少年健康行為調查（Global School-based Student Health Survey, GSHS），蒐集 WHO 2025 NCD 防治目標所需青少年吸菸及身體活動等監測指標數據。前於 2017 年 11 月前往美國亞特蘭大參加「第 145 屆美國公共衛生年會」期間，安排與美國 CDC 人員進行工作交流，除鞏固雙邊合作關係，並就監測規劃執行進行實質討論，目前續就 2018 年合作密切連繫中。

（三） 另於當次行程洽訪美國 CDC 國家慢性病預防及健康促進中心（National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, NCCDPHP）之心血管疾病防治部門、糖尿病轉譯及癌症防治部門，就重要慢性病政策推動進行交流，並安排由本署陳潤秋副署長及駐亞特蘭大台北經濟文化辦事處劉經嚴處長正式拜會該中心 Director Dr. Ursula Bauer。

（四） 透過辦事處認識當地僑界及在美國 CDC 工作之臺灣學人，並建立聯繫網絡，未來將善用此網絡，擴展與美國 CDC 之業務交流與合作。

新加坡 NUDGE 研討會

（一） 11 月 13 日至 11 月 15 日在新加坡召開 NUDGE 研討會，為新加坡及臺灣公共衛生與醫療保健等領域之所有利害相關者，提供一個衛生政策平台，透過分享及促進可持續行為變化之討論，探索新加坡大學公共衛生學院（Saw Swee Hock School of Public Health，以下簡稱 SPH）與本署潛在合作的可能性。

（二） 本次會議主題為「促進可持續行為變化」，目的在促進我國與新加坡和英國 Nudge 行為洞察小組（Behavioural Insights Team）間公共衛生交流，期能於研討會期間和與會人員相互交流討論，蒐集我國以 Nudge 推動公共衛生之相關政策或行動建議，供本署及相關衛生行政單位參用。

（三） Nudge（推力）的觀點與基本假設是，多數人的行為是重複與自動的，沒有經過太多深思熟慮，人們對從社會文化與自然環境中相關線索作出自動反應，這在推力理論稱為選擇建築（choice architect）。

（四） 菸商也知道這個道理，所以台灣一萬多家便利商店的收銀台背後，全是利潤最高的菸品，讓吸菸者很容易看到此菸品的線索、喚起當下或下一刻菸癮的欲求，達到順便買菸的「自動」行為（沒經過深思熟慮的自動行為）。新加坡政府正計畫禁止菸品展示（ban point of sale display），且要求菸品放在櫃子中隱藏起來，讓吸菸者無法「自動」看到菸品，這是政府與菸商都在採用推力理論的角力，一個是鼓勵吸菸者自動買菸（通常會多買，因而吸菸量增加，成癮性增加），一個是反鼓勵購買菸品。台灣應予以學習並實施相關策略，以進一步對菸品進行強制規範。

參訪日本健康促進及衰弱前期政策暨參加第 32 屆國際失智症研討會

（一） 4 月 23 日至 4 月 30 日在日本參訪及參加會議，我國預估於 2025 年將面臨超高齡化社會來臨，國內長期照護 2.0 計畫亦已延伸至延緩失能及重視失智症預防照護等措施，又依據研究顯示，目前仍在吸菸者相較於未吸菸者增加 1.27 倍失智風險，透過參考日本實際發展經驗及參與國際失智症研討會做為未來我國政府規劃預防保健與康促進之參考。

（二） 參訪島本町地域整合支援中心介護預防服務、IT 照護產業化－松下愛吉福立事業、健康促進與長照模式之社會福祉法人佛子園事業、失智症照護 - 京都政府保健福祉局長壽社會部長壽福祉課等機構，瞭解日本雖尚未對失智症者有特別提供戒菸教育，然厚生勞動省公佈最新的禁菸措施草案，除面積在 30 平方米以下的小型酒吧、酒館外，包括居酒屋在內的一切餐飲店室內禁菸，但允許設置吸菸室；政府、學校、體育館、公共交通工具內也全面禁菸；另對於未執行禁菸措施且不改正的設施，將處以罰款。

（三） 另，第 32 屆國際失智症研討會於 2017 年 4 月 23 日至 4 月 29 日在日本京都國際會議中心舉行，大會主題為 Together towards a new era，此次參加研討會的學習重點，包括失智症全球行動計畫、各國失智症防治策略、失智症者的支持性環境與設計、失智友善社區等，藉由研討會交流分享，使我國失智症防治與國際接軌。

結語

自 1997 年菸害防制法正式實施以及 2009 年 1 月修正上路，我國成人吸菸率由 1996 年 29.2% 至 2017 年降至為 14.5%，國中和高中職吸菸率也分別降至 2.7% 及 8.3%，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，一刻不能鬆懈；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。

我國呼應 WHO 為控制非傳染病設定 2025 年較 2010 年減少三成吸菸率之目標，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：加強管制電子煙、逐步擴大禁菸場所範圍、實施新版菸品健康警示圖文並擴大警示圖文面積合適的面積、嚴禁菸商贊助、禁止加味菸、增訂菸執行菸害防制致受非法侵害之法律與醫療扶助、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。

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。 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酒稅稽徵機關於徵收菸酒稅時代徵之；其繳納義務人、免徵、退還、稽徵及罰則，依菸酒稅法之規定辦理。
第 5 條	對消費者販賣菸品不得以下列方式為之： 一、 自動販賣、郵購、電子購物或其他無法辨識消費者年齡之方式。 二、 開放式貨架等可由消費者直接取得且無法辨識年齡之方式。 三、 每一販賣單位以少於二十支及其內容物淨重低於十五公克之包裝方式。但雪茄不在此限。
第 6 條	菸品、品牌名稱及菸品容器加註之文字及標示，不得使用淡菸、低焦油 或其他可能致人誤認吸菸無害健康或危害輕微之文字及標示。但本法修正前之菸品名稱不適用之。 菸品容器最大外表正反面積明顯位置處，應以中文標示吸菸有害健康之警示圖文與戒菸相關資訊；其標示面積不得小於該面積百分之三十五。 前項標示之內容、面積及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。
第 7 條	菸品所含之尼古丁及焦油，應以中文標示於菸品容器上。但專供外銷者不在此限。 前項尼古丁及焦油不得超過最高含量；其最高含量與其檢測方法、含量標示方式及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。
第 8 條	菸品製造及輸入業者應申報下列資料： 一、 菸品成分、添加物及其相關毒性資料。 二、 菸品排放物及其相關毒性資料。 前項申報資料，中央主管機關應定期主動公開；必要時，並得派員取樣檢查（驗）。前二項應申報資料之內容、時間、程序、檢查（驗）及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 9 條	促銷菸品或為菸品廣告，不得以下列方式為之： 一、 以廣播、電視、電影片、錄影物、電子訊號、電腦網路、報紙、雜誌、看板、海報、單張、通知、通告、說明書、樣品、招貼、展示或其他文字、圖畫、物品或電磁紀錄物為宣傳。 二、 以採訪、報導介紹菸品或假借他人名義之方式為宣傳。 三、 以折扣方式銷售菸品或以其他物品作為銷售菸品之贈品或獎品。 四、 以菸品作為銷售物品、活動之贈品或獎品。 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（2016.10.7）
- 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）
2000 年 04 月 19 日	總統公布「菸酒稅法」（原菸品健康福利捐法源）、「菸酒管理法」。
2000 年 05 月 23 日	「菸害防制法修正草案」送立法院審查未通過（第四屆）
2000 年 10 月 26 日	「菸害防制法修正草案」立法院公聽會
2000 年 12 月 29 日	財政部發布「菸品健康福利捐分配及運用辦法」，並送立法院備查。
2002 年 01 月 01 日	「菸酒稅法」及「菸酒管理法」施行
2002 年 05 月 31 日	「菸害防制法修正草案」送立法院審查未通過（第五屆）
2003 年 05 月	第 56 屆世界衛生大會通過全球第一個公共衛生公約「世界衛生組織菸草控制框架公約」（WHO The Framework Convention on Tobacco Control，簡稱 FCTC）。
2004 年 05 月	「菸害防制法修正草案」經衛生署法規委員會四次會議討論通過（第 165-168 次會議）
2004 年 12 月 24 日	衛生署通過將菸捐法源由菸酒稅法第 22 條移列至菸害防制法第 4 條之 1 修正草案
2005 年 02 月 24 日	針對菸害防制法第 4 條之 1、第 30 條修正草案，行政院進行第一次審查，其中菸捐部分於 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

日期	內容
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。
2005 年 12 月 30 日	再度排入議程，因委員連署退回政黨協商。
2006 年 01 月 03 日	立法院三讀通過菸酒稅法第 22 條修正案
2006 年 01 月 18 日	菸酒稅法修正案由總統公布（菸捐由 5 元 / 包，提高為 10 元 / 包）。
2006 年 02 月 16 日	「菸酒稅法第 22 條」修正案及該法授權訂定「菸品健康福利捐分配及運作辦法」
2006 年 11 月 15 日	立法院第四次朝野協商，通過之「『室內』公共場所全面禁菸」及「餐廳、旅館等供公眾消費、娛樂之場所，得設獨立空調、獨立隔間之吸菸室」兩案併送院會表決。
2007 年 01 月 16 日	立法院進行菸害防制法修正案二讀，完成 35 條二讀，惟第十條（有關菸品不得展示或陳列於消費者可自行取得之處所部份）及第十五條（有關全面禁止吸菸之場所部份）保留
2007 年 06 月 15 日	菸害防制法修正案三讀通過
2007 年 07 月 11 日	菸害防制法總統公布修正，菸品健康福利捐徵收法源由「菸酒稅法」第 22 條移列至「菸害防制法」第 4 條。
2007 年 10 月 11 日	依「菸害防制法」第 4 條第 4 項授權訂定「菸品健康福利捐分配及運作辦法」並公布之，並送立法院審議。
2008 年 01 月 08 日	「菸害防制法」第 4 條、第 35 條修正案有關菸捐金額、評估機制等，衛生署署法規委員會審議通過。

日期	內容
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。
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。

日期	內容
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	總統令公布菸害防制法第 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。
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
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」

日期	內容
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國會辦公室提出菸害防制法修法陳情書
2011 年 05 月 26 日	臺灣連鎖暨加盟協會提出菸害防制法修正草案意見予行政院秘書處
2011 年 06 月 02 日	美國若干公協會致函外交部，提出菸害防制法修正草案意見。
2011 年 06 月 22 日	中華民國雪茄菸草業協會籌備處致函行政院秘書處，提出菸害防制法修正草案意見書
2011 年 08 月 24 日	召開「菸品健康福利捐評估專家會議」
2011 年 09 月 05 日	行政院衛生署、財政部會銜修正發布「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第 4 條、第 8 條條文。
2011 年 09 月 05 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。

日期	內容
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。
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。

日期	內容
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	李俊俋委員等 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」。
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」。

日期	內容
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賸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	李俊俋委員等 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	李俊俋委員等 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。

日期	內容
2016 年 3 月 3 日	辦理「105 年防範電子煙氾濫跨部會研商會議」
2016 年 3 月 18 日	王育敏委員等 18 人，菸害防制法第 7 條之 1、第 24 條草案，立法院通過一讀交社環委員會審查。
2016 年 3 月 25 日	王育敏委員等 16 人，菸害防制法第 3 條、第 30 條草案，立法院通過一讀交社環委員會審查。
2016 年 4 月 8 日	預告修正「菸害防制及衛生保健基金收支保管及運用辦法」第二條、第十一條草案
2016 年 4 月 8 日	廖國棟委員等 16 人，菸害防制法第 12 條、第 13 條、第 18 條草案，立法院通過一讀交社環委員會審查。
2016 年 5 月 6 日	吳志揚委員等 16 人，菸害防制法第 2 條、第 35 條修正草案，立法院通過一讀交社環委員會審查。
2016 年 5 月 11 日	辦理「菸害防制法相關法令專家諮詢會議」
2016 年 6 月 17 日	蔣乃辛、王惠美等 16 人，菸害防制法第 2 條、第 17 條、第 35 條修正草案，立法院通過一讀交社環委員會審查。
2016 年 6 月 17 日	蔣乃辛等 17 人，菸害防制法第 5 條、第 6 條、第 35 條修正草案，立法院通過一讀交社環委員會審查。
2016 年 6 月 17 日	盧秀燕等 26 人，菸害防制法第 29 條修正草案，立法院通過一讀交社環委員會審查。
2016 年 6 月 24 日	蔣乃辛等 18 人，菸害防制法第 31 條之 1 修正草案，立法院通過一讀交社環委員會審查。
2016 年 7 月 1 日	王育敏、蔣乃辛、王惠美等 18 人，菸害防制法第 2 條、第 6 條、第 10 條修正草案，立法院通過一讀交社環委員會審查。
2016 年 7 月 1 日	吳志揚、蔣乃辛等 16 人，菸害防制法第 29 條條修正草案，立法院通過一讀交社環委員會審查。
2016 年 7 月 13 日	辦理「菸害防制法修正草案專家學者諮詢會議」
2016 年 7 月 22 日	辦理與各地方政府衛生局召開菸害防制法修法座談會
2016 年 7 月 26 日	預告修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第四條、第五條、第七條草案
2016 年 9 月 28 日	辦理「菸捐評估會議」
2016 年 10 月 3 日	辦理「菸捐、菸稅評估及菸害防制法修正草案跨部會會議」。
2016 年 10 月 5 日	辦理「臺灣菸害防制法座談會」。
2016 年 10 月 7 日	衛生福利部、財政部會銜修正發布「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第四條、第五條、第七條條文，自發布日施行。
2016 年 10 月 14 日	楊鎮浯、陳雪生、許毓仁等 17 人，菸害防制法第 2 條修正草案，立法院通過一讀交社環委員會審查。
2016 年 10 月 14 日	曾銘宗等 16 人，菸害防制法第 4 條、第 35 條修正草案，立法院通過一讀交社環委員會審查。

日期	內容
2016 年 10 月 19 日	辦理與各地方政府衛生局召開菸害防制法修法座談會
2016 年 10 月 28 日	辦理「電子煙防制工作小組會議」
2016 年 11 月 11 日	廖國棟、鄭天財等 16 人，菸害防制法第 2 條、第 4 條、第 6 條、第 10 條、第 24 條、第 35 條修正草案，立法院通過一讀交社環委員會審查。
2016 年 11 月 11 日	陳明文、蘇震清、何欣純等 19 人，菸害防制法部分條文修正草案，立法院通過一讀交社環委員會審查。
2016 年 11 月 18 日	徐永明、趙天麟、李俊俋等 16 人，菸害防制法第 4 條、第 35 條修正草案，立法院通過一讀交社環委員會審查。
2016 年 11 月 18 日	辦理「菸害防制法規討論會」
2016 年 11 月 28 日	辦理「菸害防制法規討論會」
2016 年 12 月 9 日	王育敏等 18 人，菸害防制法第 5 條修正草案，立法院通過一讀交社環委員會審查。
2016 年 12 月 23 日	費鴻泰等 18 人，菸害防制法第 2 條、第 35 條修正草案，立法院通過一讀交社環委員會審查。
2017 年 9 月 3 日	2017「第九屆兩岸四地菸害防制交流研討會暨十周年大會」及「國際菸害防制政策研討會暨工作坊」
2017 年 12 月 21 日	行政院第 3581 次院會討論通《菸害防制法》修正草案，續送立法院審議
2017 年 12 月 29 日	《菸害防制法》修正草案立法院一讀通過

2018 ANNUAL REPORT

TAIWAN TOBACCO CONTROL

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　2018 年 7 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

守護健康
衛生福利部
國民健康署

TAIWAN
TOBACCO CONTROL

衛生福利部國民健康署
菸害防制資訊網

ISSN 1994711-9
9 771994 711005
GPN : 20096011376
定價 : NT$ 200 元