

# 戒菸服務與菸害防制

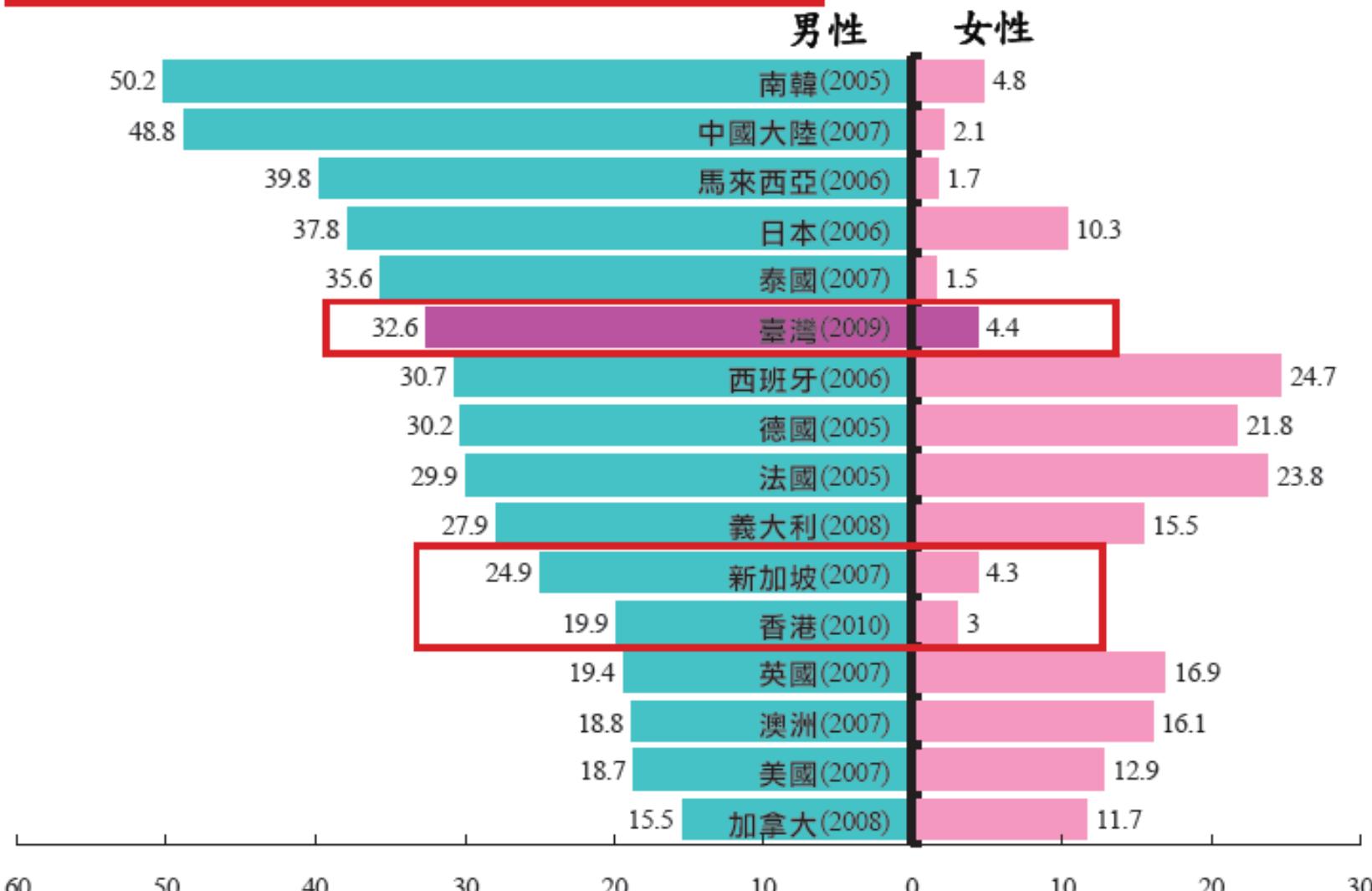
衛生福利部國民健康署



# 前　　言



# 我國15歲以上成人吸菸率，與國際比較



備註：為能與聯合國通用資料比較「15歲以上成人每日吸菸率」，我國以2009年國民健康訪問調查(NHIS)之15歲以上族群之每日吸菸率數值為代表數值。

資料來源：1.聯合國2010年出版全球非傳染性疾病報告(Global status report on noncommunicable diseases 附表4)

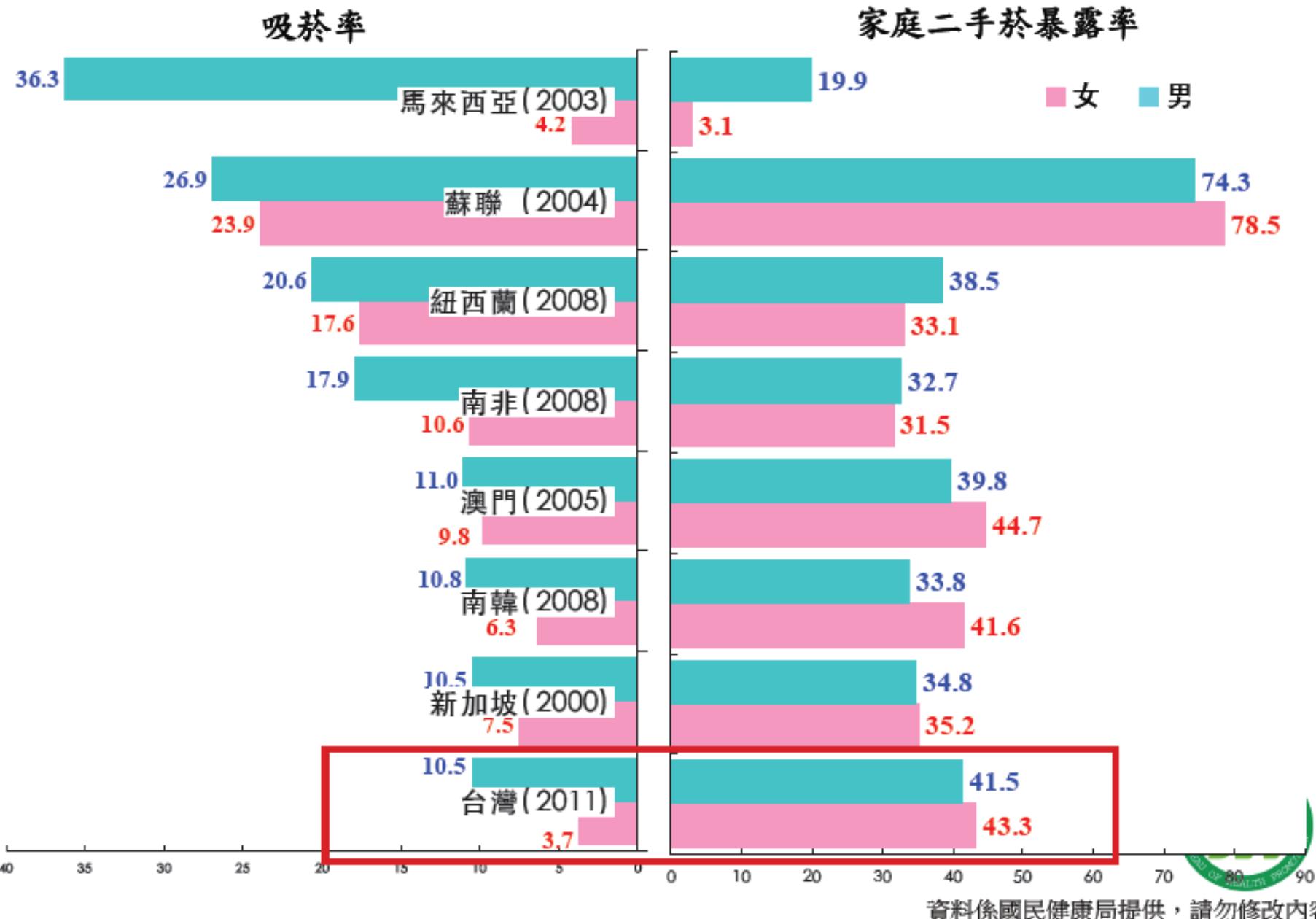
2.台灣：2009年國民健康訪問調查(National Health Interview Survey, NHIS)

3.香港：2010年香港特別行政區政府統計處主題性統計調查報告

資料係國民健康局提供，請勿修改內容



# 各國 13-15 歲青少年吸菸率與家庭二手菸暴露



# 菸害與各疾病死亡之相對危險性(Relative Risk; RR值)

一手菸		RR值		二手菸		RR值	
死因		男性	女性	死因		男性	女性
<b>癌症</b>							
氣管、肺、支氣管癌		23.3	12.7	肺癌		1.24	1.24
喉癌		14.6	13.0	冠狀動脈心臟病		1.30	1.30
唇、口腔及咽部癌症		10.9	5.1	腦血管疾病		1.65	1.66
食道癌		6.8	7.8	<b>暴露家庭二手菸者</b>			
膀胱癌		3.3	2.2	肺癌		1.24	1.24
腎臟及腎盂癌症		2.7	1.3	冠狀動脈心臟病		1.21	1.21
胰臟癌		2.3	2.3	腦血管疾病		1.65	1.65
<b>心血管疾病</b>							
主動脈瘤		6.2	7.07				
腦血管疾病(35-64歲)		3.3	4.0				
冠狀動脈心臟病(35-64歲)		2.8	3.1				
粥狀動脈硬化		2.4	1.8				
<b>呼吸道疾病</b>							
支氣管炎、肺氣腫		17.1	12.0	資料來源：美國疾病管制局(CDC) 可歸因於吸菸死亡、罹病及經濟成 本評估SAMMEC (Smoking- Attributable Mortality, Morbidity, and Economic Costs , CPS-II 1982-1988)			
慢性呼吸道阻塞		10.6	13.1				

資料來源：美國疾病管制局(CDC)  
可歸因於吸菸死亡、罹病及經濟成  
本評估SAMMEC (Smoking-  
Attributable Mortality, Morbidity, and  
Economic Costs , CPS-II 1982-1988)



資料係國民健康局提供，請勿修改內容

# 台灣的菸害問題

## ■ 菸害是國人頭號殺手：

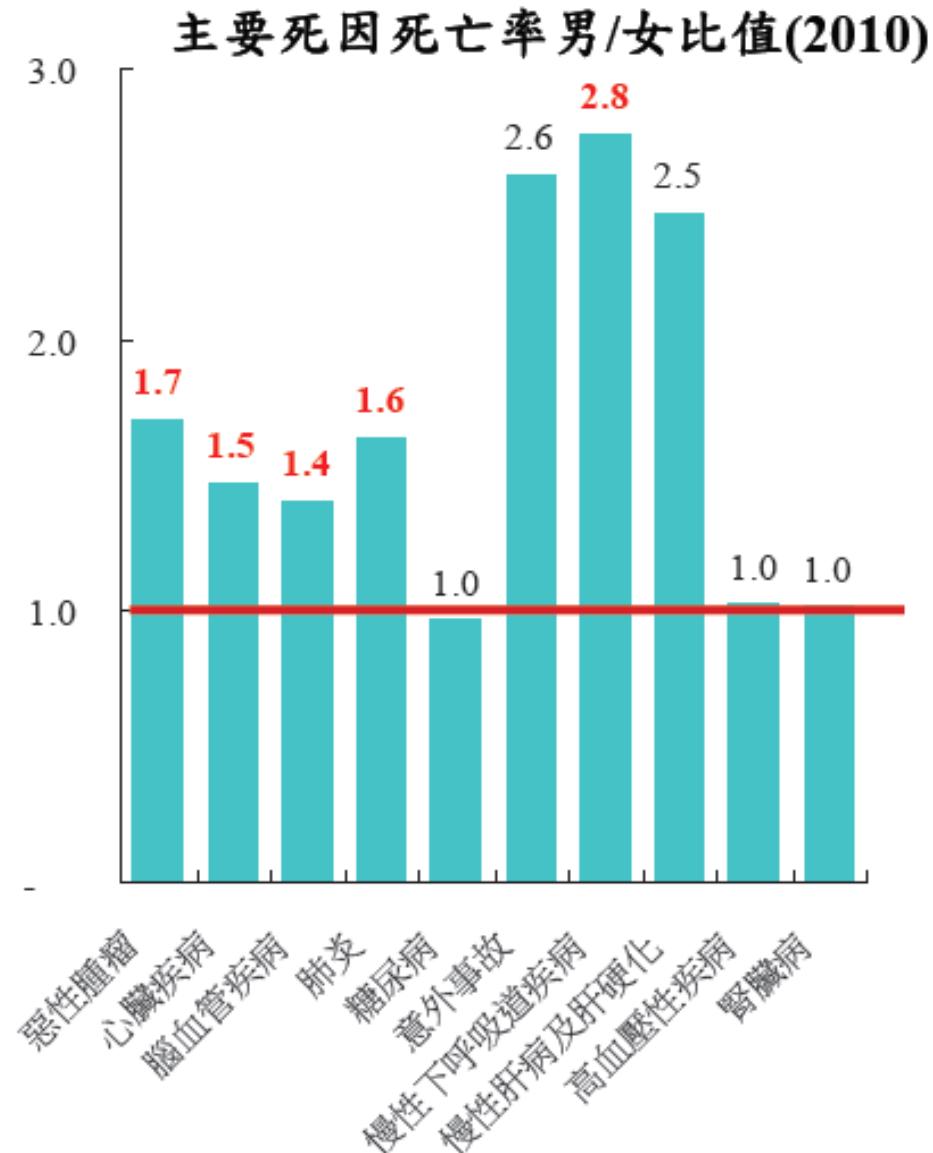
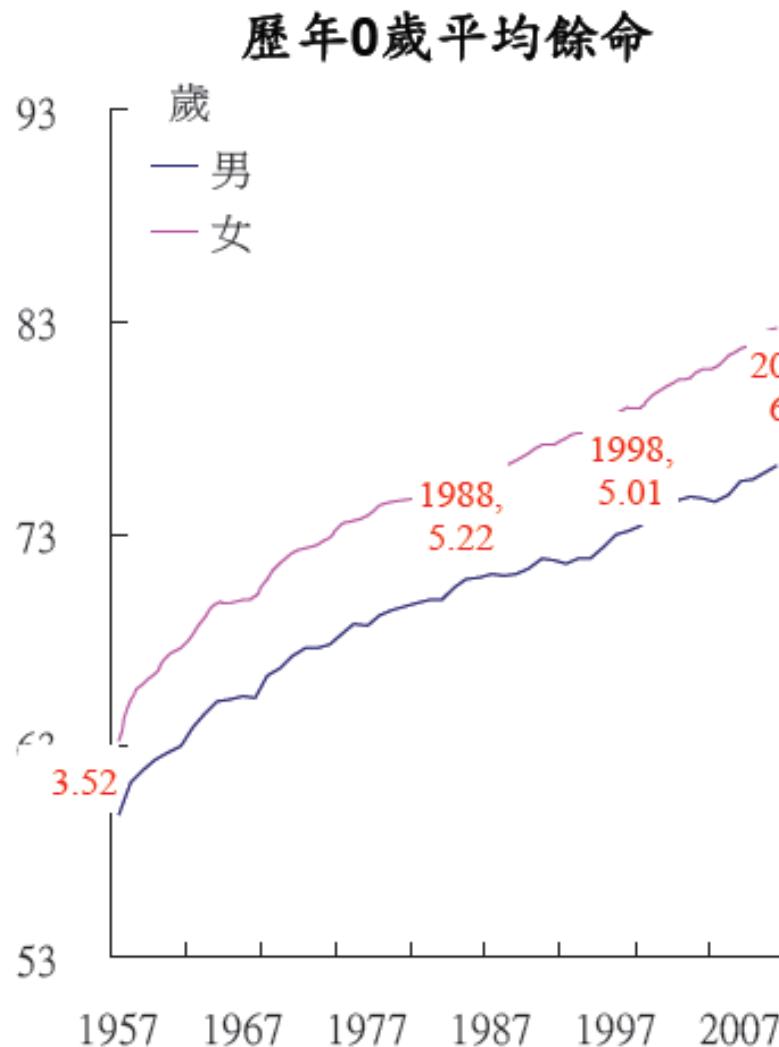
一年超過18,803人(約16%的死亡數)死於吸菸相關疾病。  
每半小時即有1位國人因菸害喪生 (2002，溫啟邦)

## ■ 經濟損失：2008年35歲以上可歸因於吸菸相關疾病之直接醫療成本、罹病生產力損失、死亡生產力損失，約為新台幣1,201億元 (李玉春，2011) (97年菸捐202億元)

- 直接醫療費用約317億元；占全民健保之醫療給付費用6.63%
- 間接生產力損失約884億元 (罹病相關約27億元、死亡相關約857億元)
- 可歸因於菸害罹病成本占全國GDP之0.96%



# 男女性平均餘命相差6.5歲，與吸菸相關死因有關



# 一包菸或6個月的菸

---

- 你吃一頓飯花多少錢
- 你一天花多少錢買菸
- 你一天花多少錢買檳榔
- 半年??
- 你一個月薪水多少
- 半年買菸12600元
- 檳榔? 20000元???
- 但是, 孩子沒錢上大學!!



# 其他問題

- 安全：導致居家與公共場所之火災與爆炸及其衍生問題
- 菸癮：造成個人在身、心、工作、旅行、社交、家庭生活等等各方面的羈絆與不便
- 美觀、氣味與口腔衛生等等
- 個人經濟損失：以每日1包70元計，每年25,550元，19-70歲將花費1,328,600元（不計利息）
- 家庭：影響家人健康、幸福與造成下一代吸菸
- 階級病：貧=>吸菸=>慢性病=>貧=>下一代吸菸=>病……；代代沿承的階級病



# 菸害防制--最符成本效益的政策

- 不吸菸或戒菸：可同時預防心血管疾病、呼吸道疾病與癌症（效益多於防治糖尿病、高血壓、高血脂）。
- 妻兒亦受益。
- 短期就有效益：
  - 戒菸1年，罹患冠狀動脈心臟病機率減少一半；
  - 戒菸5年，中風機率甚至可降低至與不吸菸者一樣；
  - 戒菸10年，死於肺癌的風險降低一半；
  - 戒菸15年，得心臟病的風險降至與一般非吸菸者相同。
- 每位接受門診戒菸治療服務的成功者，戒菸前後六個月的醫療費用相比降低5,481元。
- 每幫助1位吸菸者成功戒菸，對社會未來11-15年的經濟效益可達44萬元以上。



# 最划得來的慢性病防治對策, WHO

Table 2: "Best Buy" Interventions

Risk factor / disease	Interventions
Tobacco use	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tax increases</li><li>• Smoke-free indoor workplaces and public places</li><li>• Health information and warnings</li><li>• Bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship</li></ul>
Harmful alcohol use	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tax increases</li><li>• Restricted access to retailed alcohol</li><li>• Bans on alcohol advertising</li></ul>
Unhealthy diet and physical inactivity	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reduced salt intake in food</li><li>• Replacement of trans fat with polyunsaturated fat</li><li>• Public awareness through mass media on diet and physical activity</li></ul>
Cardiovascular disease (CVD) and diabetes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Counselling and multi-drug therapy for people with a high risk of developing heart attacks and strokes (including those with established CVD)</li><li>• Treatment of heart attacks with aspirin</li></ul>
Cancer	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hepatitis B immunization to prevent liver cancer (already scaled up)</li><li>• Screening and treatment of pre-cancerous lesions to prevent cervical cancer</li></ul>

World Health Organization & World Economic Forum. 2011

From Burden to "Best Buys": Reducing the Economic Impact of  
Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries

資料係國民健康局提供，請勿修改內容

# ~100年之菸害防制成果



# 98年菸害防制法新規定重點

- 菸害防制法新規定於96.7.11修正公布，修正條文自98.1.11起施行，授權訂定8個辦法
- 修正及擴大相關規定：
  - 擴大禁菸
  - 菸品容器標示健康警示圖 (六則)
  - 販售場所菸品陳列展示之規範
  - 擴大禁止菸品廣告、促銷與贊助
  - 禁用淡菸、低焦油等誤導文字
  - 禁止孕婦吸菸
  - 申報菸品成分、排放物及毒性資料
  - 菸品健康福利捐移列法源



## 與國際同步的防治體系—

### 實踐「菸草控制綱要公約」與 MPOWER 策略

**M**onitor 【監測】：長期監測吸菸率與政策

**P**rotect 【保護】：禁菸與無菸環境

**O**ffer 【提供】：提供各類型戒菸服務

**W**arning 【警示】：菸品容器健康警示圖文

**E**nforce 【強制】：禁止菸品廣告、促銷與贊助

**R**aise 【提高】：課徵菸稅與健康福利捐



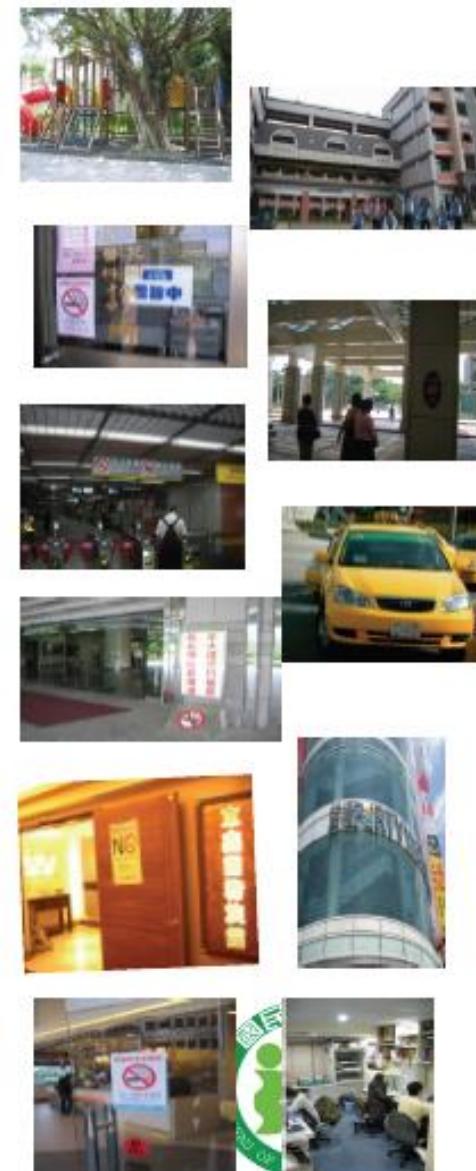
# Monitor 【監測】

監測調查名稱	對象	監測項目
成人吸菸行為調查 ( ASBS)	18歲以上成人(全國及縣市代表性電話訪問)	吸菸行為、家庭、 <b>公共場所</b> 二手菸接觸及戒菸行為等
青少年學生吸菸行為調查( GYTS)	13~18歲青少年學生(全國及縣市代表性，自填問卷 )	吸菸行為、戒菸行為、家庭學校二手菸暴露、菸害知識、態度、學校菸害課程、資訊管道、學校禁菸規定、菸品可近性、菸品促銷廣告、朋友及父母吸菸經驗等
教職員吸菸行為調查(GSPS)	學校教職員工(全國及縣市代表性，自填問卷 )	吸菸行為、戒菸行為、二手菸暴露、對吸菸態度、校園菸害態度、學校禁菸規定、勸導學生戒菸、校園菸害教育及菸品可近性等
醫學院校學生吸菸行為調查(GHPSS)	醫學院之醫學、牙醫、藥學及護理大三生(全國代表性，自填問卷 )	吸菸行為、二手菸暴露、菸品使用知識、態度學校禁菸規定、醫療人員協助戒菸之知識與態度、菸害相關醫學課程訓練等

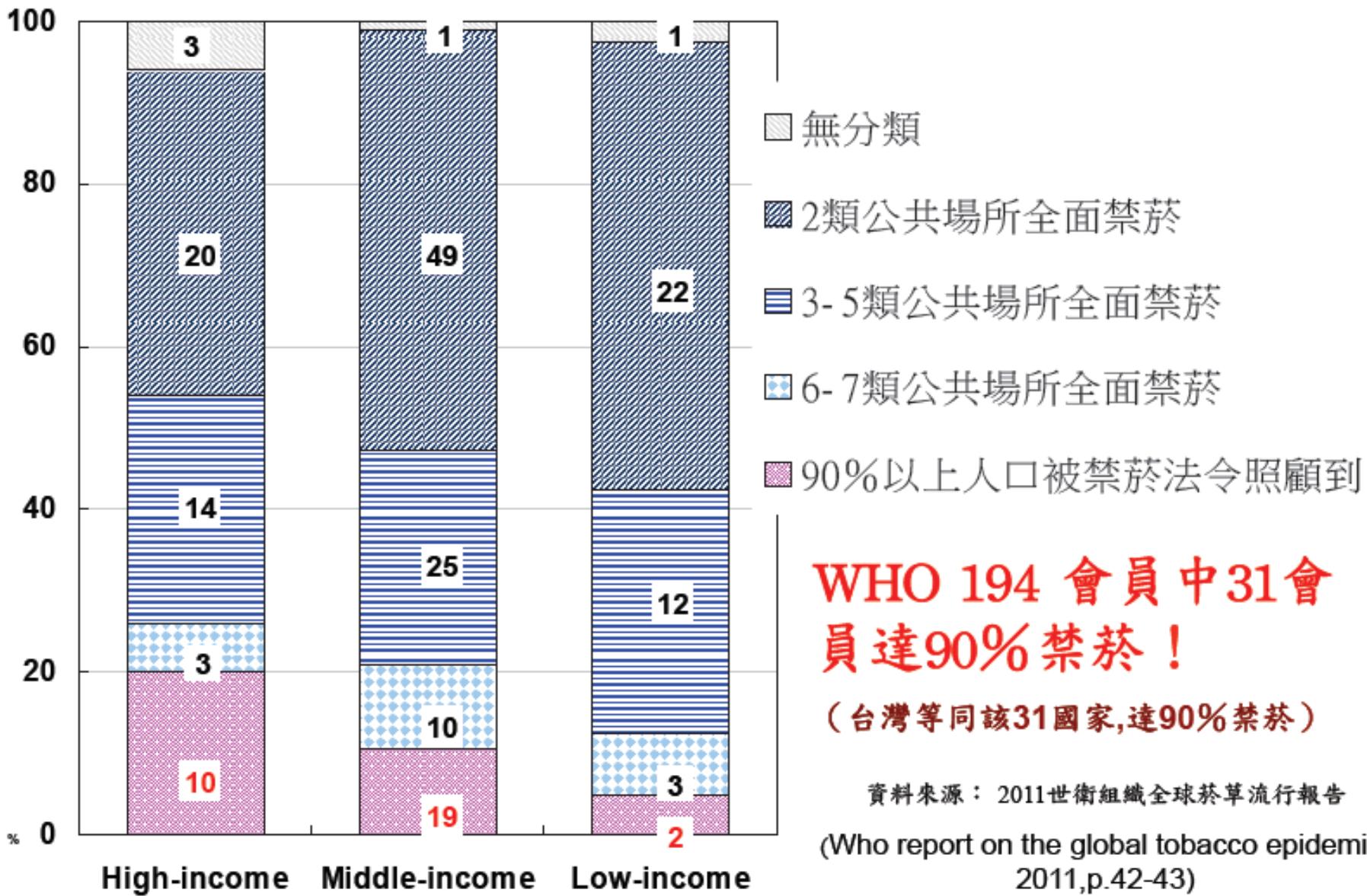


# Protect【保護】：禁菸與無菸環境

類型	內容
室內公共場所	包括學校、圖書館、醫院、車站、電影院、餐廳等供公眾使用之室內場所
室內外公共場所	<ol style="list-style-type: none"><li>教育場所：「高級中等學校以下學校」及「供兒童及少年教育或活動為主要目的之場所」。（第1款）</li><li>醫療社福機構：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」全面禁菸。（第3款）</li><li>捷運系統、車站。（第5款後段）</li><li>易爆物品場所：製造、儲存或販賣易燃易爆物品之場所（第6款）</li></ol>
不得設立室外吸菸區之公共場所	<ol style="list-style-type: none"><li>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。</li><li>室外體育場、游泳池或其他供公眾休閒娛樂之室外場所。</li><li>老人福利機構所在之室外場所。</li></ol>
各級主管機關指定公告之場所	經各級主管機關指定公告之場所及交通工具



# 各國立法禁菸情形



# 稽查全國菸害防制法落實情形

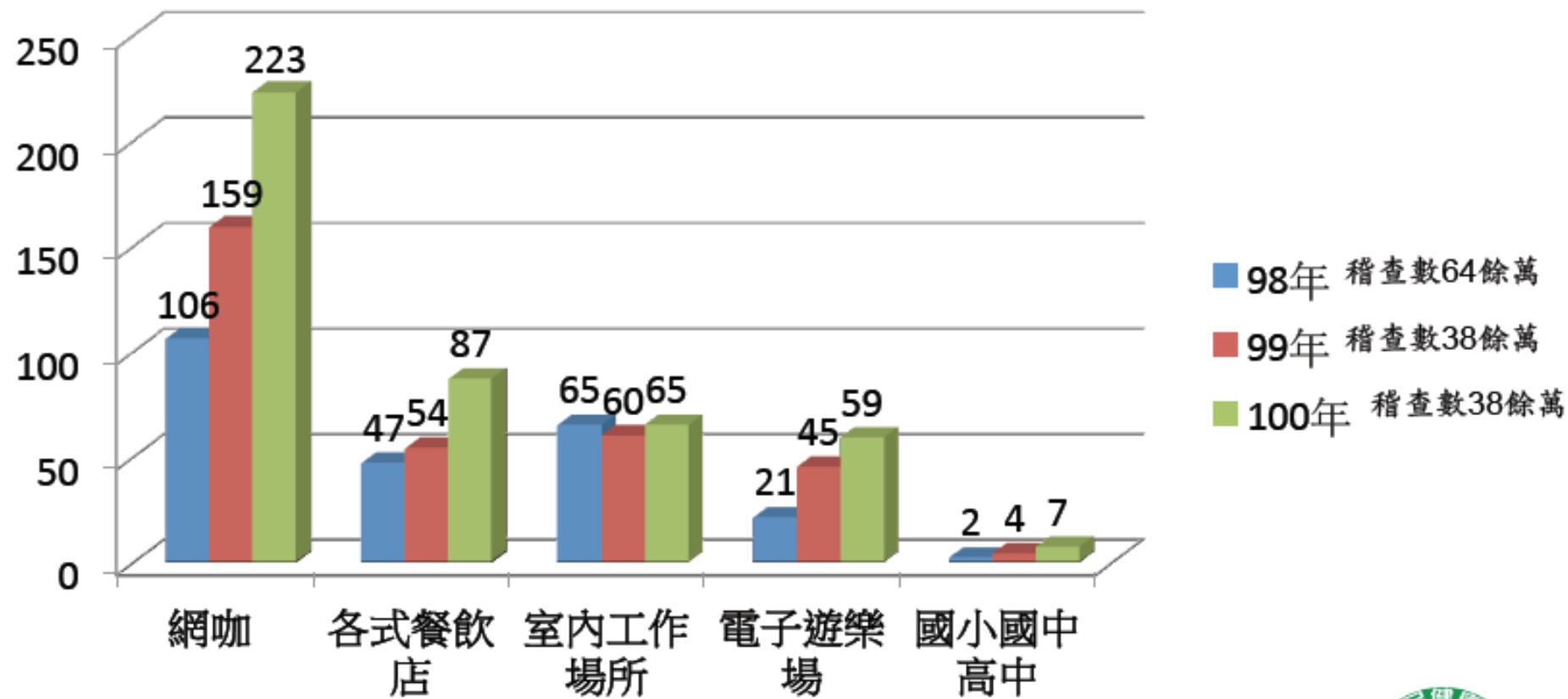
年 項 目	98年	99年	100年
稽查禁菸場所家數	640,813	381,630	383,082
稽查禁菸場所次數	4,519,614	3,635,695	3,521,300
開立處分書	14,608	9,240	9,425
罰 鍰 (元)	38,627,453	14,830,157	10,466,747

資料來源：菸害防制法稽查處分系統



資料係國民健康局提供，請勿修改內容

# 查獲禁菸場所違規吸菸件數



註：感謝內政部配合加強稽查網咖及電子遊樂場所

資料係國民健康局提供，請勿修改內容



# 無菸環境宣導



無菸職場



無菸軍隊



無菸古蹟



無菸公園



無菸校園



無菸餐廳



無菸部落



無菸街道



# 各種媒體宣導



沈宜宣, 嫁吸菸嗎?

NO SMOKING 做自己 我挺你

戒菸找專業 我們支持您

NO SMOKING

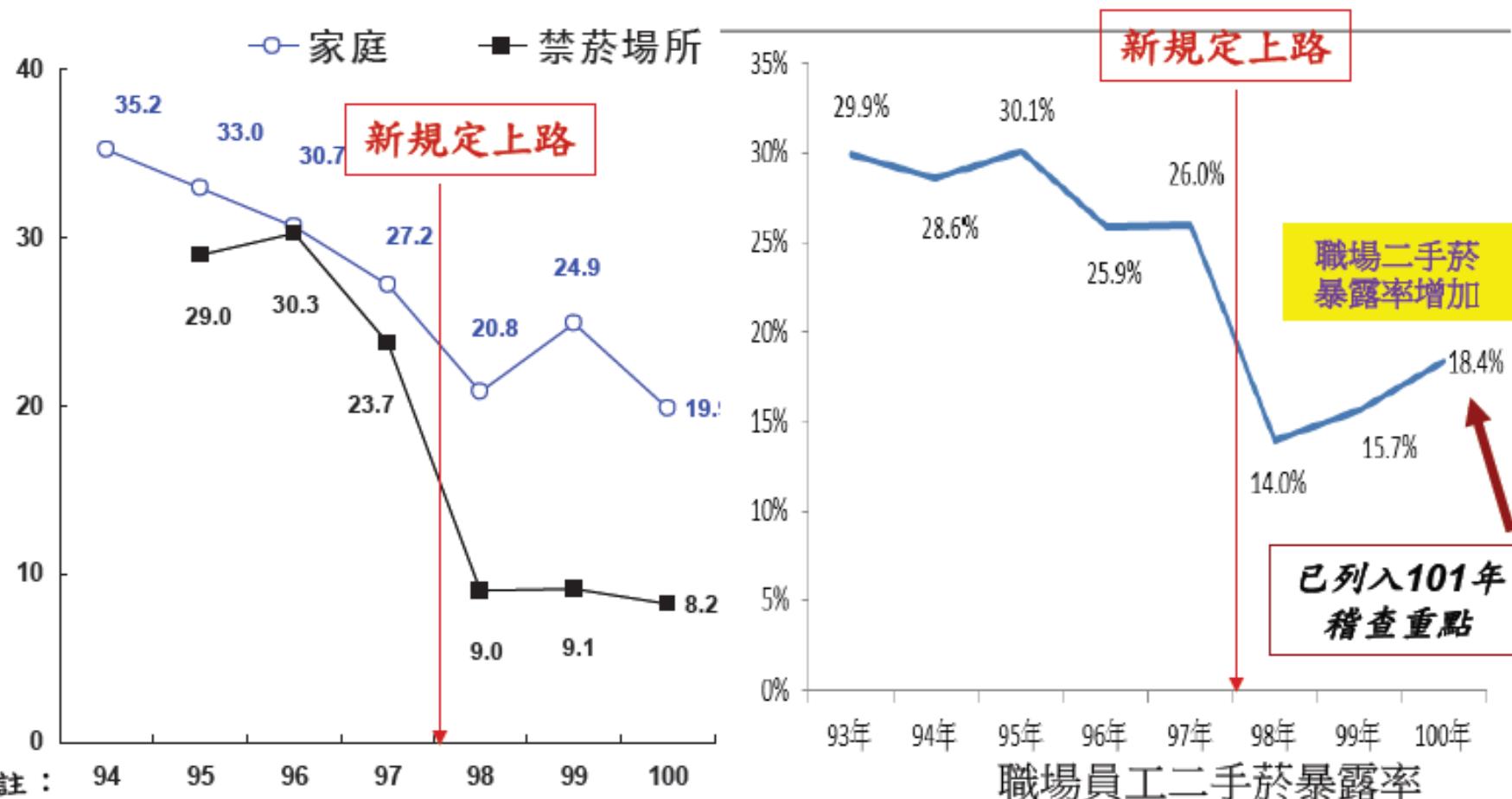


# 100年調查-近九成民眾認為無菸環境改善

項目	百分比 (N=1,072)
非常有改善	24.6
有改善	63.9
沒有改善	6.8
非常沒有改善	0.8
不確定意見	3.8



# 成人二手菸暴露



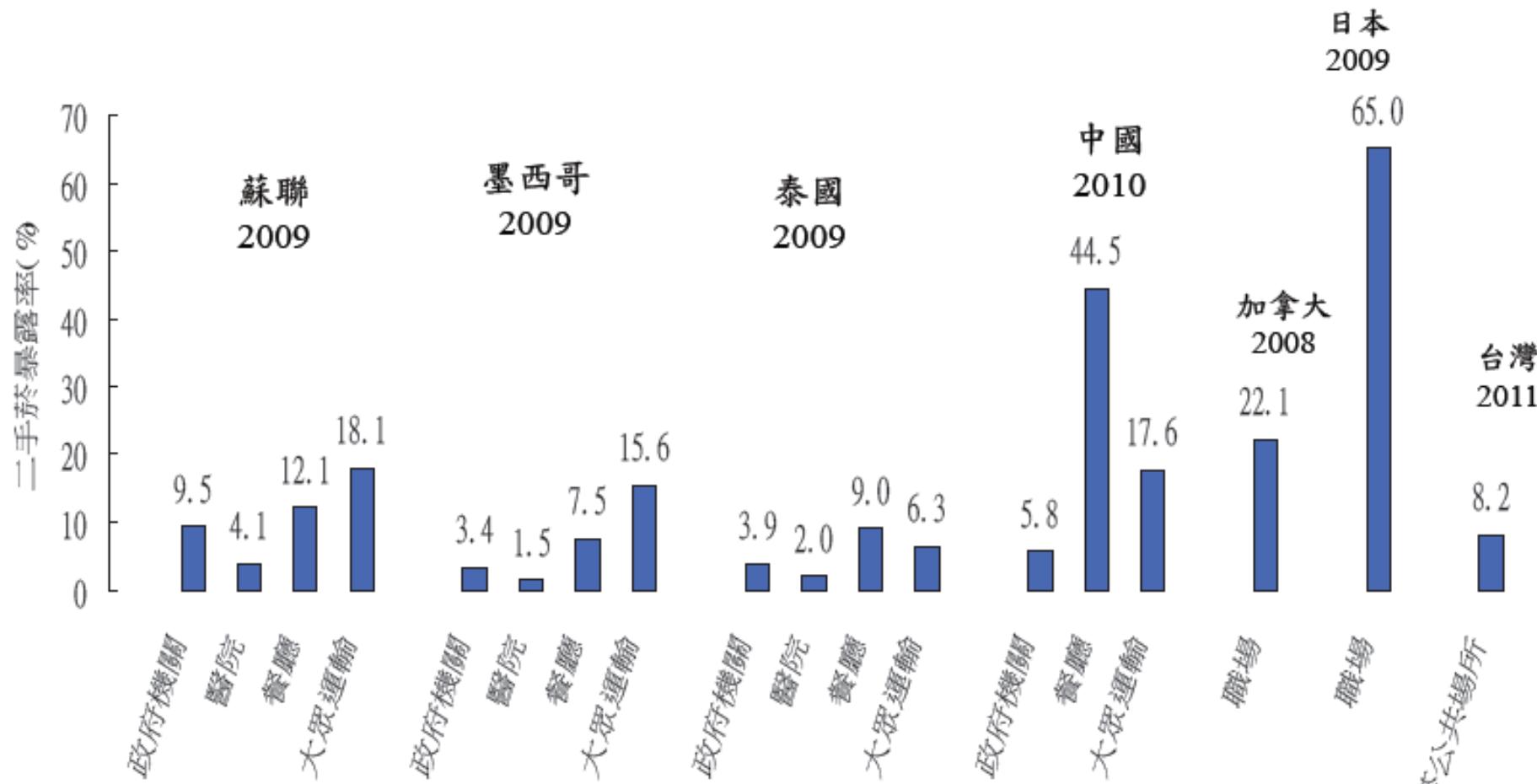
1. 資料來源為國民健康局「成年人吸菸行為電話調查」。

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. 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禁菸公共場所中有他人在面前吸菸。



# 各國公共場所成人二手菸暴露率



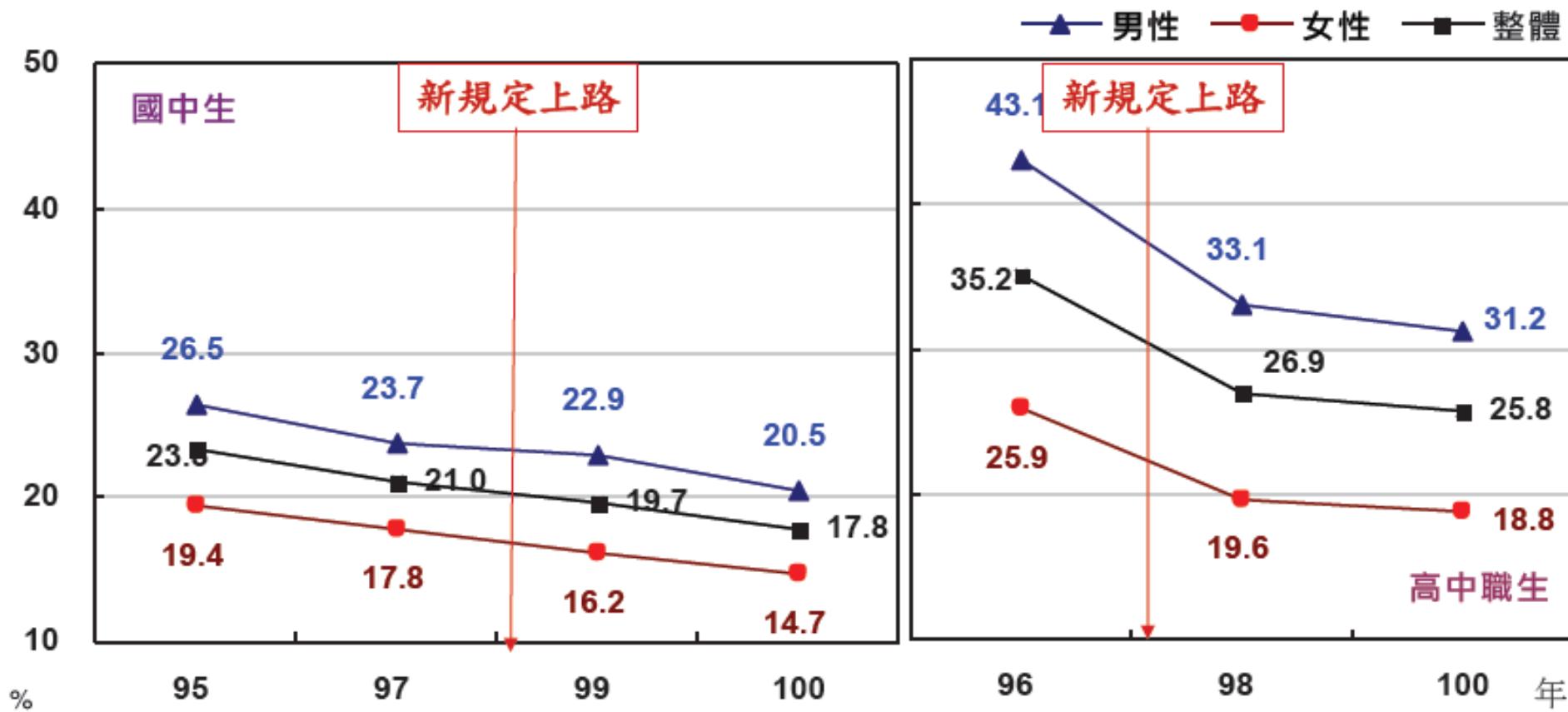
## 資料來源

- 臺灣為衛生署國民健康局101年辦理「成人吸菸行為調查」
- 加拿大及日本：WHO之FCTC資料庫 ([http://www.who.int/fctc/reporting/party\\_reports/en/index.html](http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/en/index.html))
- 蘇聯、墨西哥、泰國及中國：美國CDC全球成人菸害調查GATS

資料係國民健康局提供，請勿修改內容



# 校園二手菸暴露率

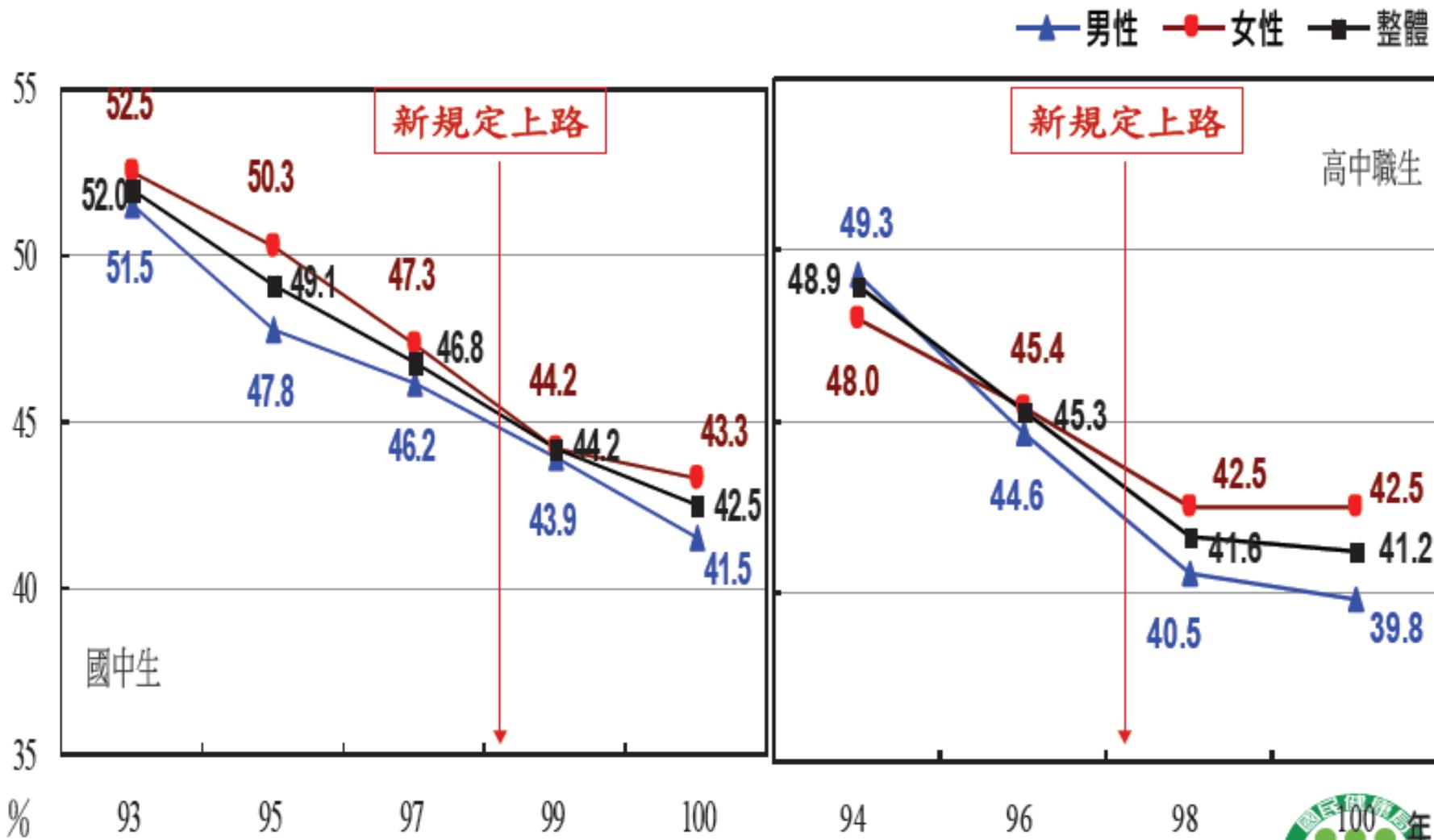


註：

- 資料來源為國民健康局「青少年吸菸行為調查」
- 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。
- 93和94年無校園二手菸暴露資料。



# 歷年青少年家庭二手菸暴露率



資料來源：歷年國民健康局辦理「青少年吸菸行為電話調查（GYTS）」  
定義：過去七天內在該校園/家中時，有人在面前吸菸

資料係國民健康局提供，請勿修改內容



# Offer【提供】：提供戒菸服務

- 臨床戒菸/ 戒菸專線/ 戒菸班
- 專業動員/ 社會動員



# 多元戒菸服務

年份	門診戒菸			戒菸專線			戒菸就贏	戒菸班	戒菸藥局	總計 (人數)
	人次	人數	6個月 點戒菸 成功率(%)	人次	人數	6個月 點戒菸成 功率(%)				
98	186,694	70,432	25.0	83,839	11,412	40.4	-	5,002	-	86,846
99	140,722 <sup>1</sup>	53,721	26.5	89,808 <sup>2</sup>	19,836	45.1	25,405組 (一年戒菸 成功率 34.4%)	10,999	3縣市 (約50家服 務量511人)	110,472
100	推 估130,706 (1-11月:119,154)	推估 50,079 (1-11月:45,722)	26.8	98,486 (1-12月)	14,571	35.7	-	7,854 <sup>3</sup>	20縣市 (約1000家服 務量15475人)	87,979

註1：99年辦理門診戒菸品質提升計畫，CO檢測試辦計畫

註2：98年開辦手機服務，99年再增加1線手機服務

註3：100年增加戒菸藥局服務，故戒菸班服務量減少

	成人口數	成人 吸菸率	吸菸人數推估	利用戒菸 服務人數	成功率(%)	利用率(%)
英國	5,024.29萬 <sup>#1</sup>	21% <sup>#2</sup>	1055.1萬	687,222人 <sup>#3</sup>	33.9 設定戒菸日後，一氧化 碳檢測確認第4週戒菸率	6.5
台灣	1,847.66萬 <sup>#4</sup>	19.8% <sup>#5</sup>	357萬	53,721人 <sup>#6</sup>	26.5 6個月戒菸成功率	1.5

註1. 2009年英國16歲以上年人口數

註2. 2008年英國16歲以上吸菸率21%

註3. 英國2009年4月至2010年3月利用戒菸藥物治療並設定戒菸日人數

註4. 2010年台灣18歲以上年人口數

註5. 2010年台灣18歲以上吸菸率19.8%

註6. 台灣2010年1月1日至2010年12月31日醫療院所戒菸服務利用人數



# 98-100年戒菸人力培訓

類別	至98年 培訓人數	99年培訓 人數*	100年培訓人數	已培訓小計 (人)
醫師	8,475	2,733	2,394	13,550
藥師	280	5,554	5,198	13,191
戒菸衛教 人員 (護理人員 、心理師)	900	19,083	11,932	35,912
總計	9,655	27,370	19,524	62,653

\*99年為戒菸行動年



# 專業動員—參加無菸醫院國際網絡與認證

- 100年成為亞太地區第一個網絡；
- 100年53家醫院獲認證為會員：
  - 醫學中心：5家
  - 區域醫院：30家
  - 地區醫院：18家
- 101年：66家申請加入認證
- 荣譽：推薦5家醫院參加2012全球無菸醫院「金獎」競賽；  
4家獲獎（全球5家）（署立嘉南療養院、國泰醫院、臺安醫院、聖馬爾定醫院）



Chair Person



2012.4.11 無菸醫院國際金獎論壇在台灣



資料係國民健康局提供，請勿修改內容

# 戒菸社會動員

## 戒菸教戰手冊

- 99年發放約145萬8000冊，
- 其中，73萬7,691位吸菸者簽署接受電話關懷卡，約占發送數50.6%
- 抽訪1,249人  
35.5% 認為手冊有幫助  
33.2% 減少吸菸量或戒菸



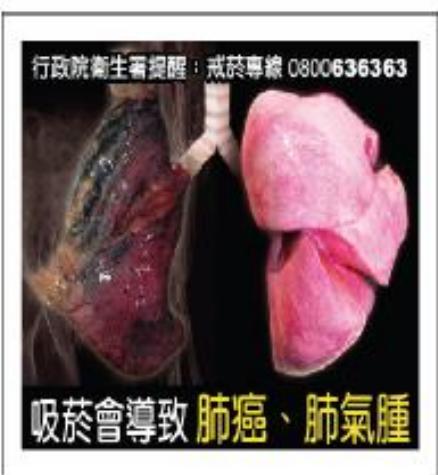
## 「2010戒菸就贏活動」

- 2年一度國際性活動；我國2002年首度辦理，2010年為第五屆，計25,405為吸菸者參加戒菸；並首次與法務部合作，2,079位收容人參加。
- 86歲蘭嶼達悟族周龍發先生獲得首獎30萬元，一次戒除60多年的菸、酒及檳榔。
- 歷年累計超過11萬人參與，一年後戒菸成功率超過35%，高於其他國家的15%-25%



# Warning【警示】：菸盒警示圖文

- 菸品容器之警示圖文面積不得小於35%
- WHO: 佔50%以上, 不得少於主要可見部分30% ,
- 42個國家有菸盒警圖; 佔40%以上面積者有34國



內容

# 販賣菸品場所菸品展示之規範

- 以使消費者獲知菸品品牌及價格之必要者為限，菸品展示處及展示面積等（營業場所3千平方公尺以下，展示區以2平方公尺為限）
- 禁止以電子螢幕、動畫、移動背景、聲音、氣味、燈光或其他引人注意之方式為菸品展示
- 於場所明顯處，張貼警示圖文（字體不得少於3公分）



# Enforce【強制】：禁止菸品廣告、促銷與贊助

- 菸品不得以廣播、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、物品或電磁紀錄物等為促銷、廣告或贊助。
- \* 苗栗縣：菸品容器廣告促銷罰 670 萬元
- \* 基隆市：口溶菸錠廣告促銷罰 500 萬元
- \* 台北市：菸商開趴促銷罰 500 萬元，夜店連坐罰 10 萬元；菸盒廣告促銷菸品罰 500 萬
- \* 宜蘭市：菸品贈送罰 520 萬



請勿修改內容

# Raise【提高】：課徵菸稅與健康福利捐

- 菸捐額度：91年1月 5元/包；95年2月 10元/包；98年6月 20元/包；
- 用途：用於全民健康保險準備、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
- 效益：
  1. 以價制量，對青少年與收入較低民眾最有效的防制策略
  2. 若繼續吸菸，則自行分擔一部份健保支出
  3. 收入用於宣導、執法、戒菸，進一步降低吸菸率並救健保



# 亞太地區國家之菸價及菸稅占菸稅比率

國家（地區）	菸價PPP	菸價(\$)	菸稅(\$)	菸稅佔菸價比率
澳洲	7.11	12.63	10.77	85.27%
新加坡	7.06	7.63	5.63	73.76%
香港	5.80	6.44	3.51	54.50%
印度	3.58	1.97	1.36	69.11%
馬來西亞	3.34	2.34	1.15-1.17	49%-50.1%
泰國	2.61	1.75	1.22	69.54%
日本	2.57	5.06	2.78	54.94%
大陸	2.91	2.04	0.71-0.82	35%-40%
台灣	2.50	2.50	(NT36.8) 1.23	49.2%
韓國	2.12	2.48	1.56	63.09%
菲律賓	0.93	0.61	0.28-0.30	46%-49%

資料來源：美國癌症協會「菸草圖鑑」(ACS:The Tobacco Atlas)第3版，2009年，  
澳洲、日本、香港則為更新資料

註1：以M牌或同等品之零售價格相比較，\$US1=NT30，PPP以台灣為基礎

註2：菸價PPP (Purchasing Power Parity) 調整為比較各國不同的貨幣匯率及購買力  
推算不同貨幣之菸價PPP調整後比較

資料係國民健康局提供，請勿修改內容



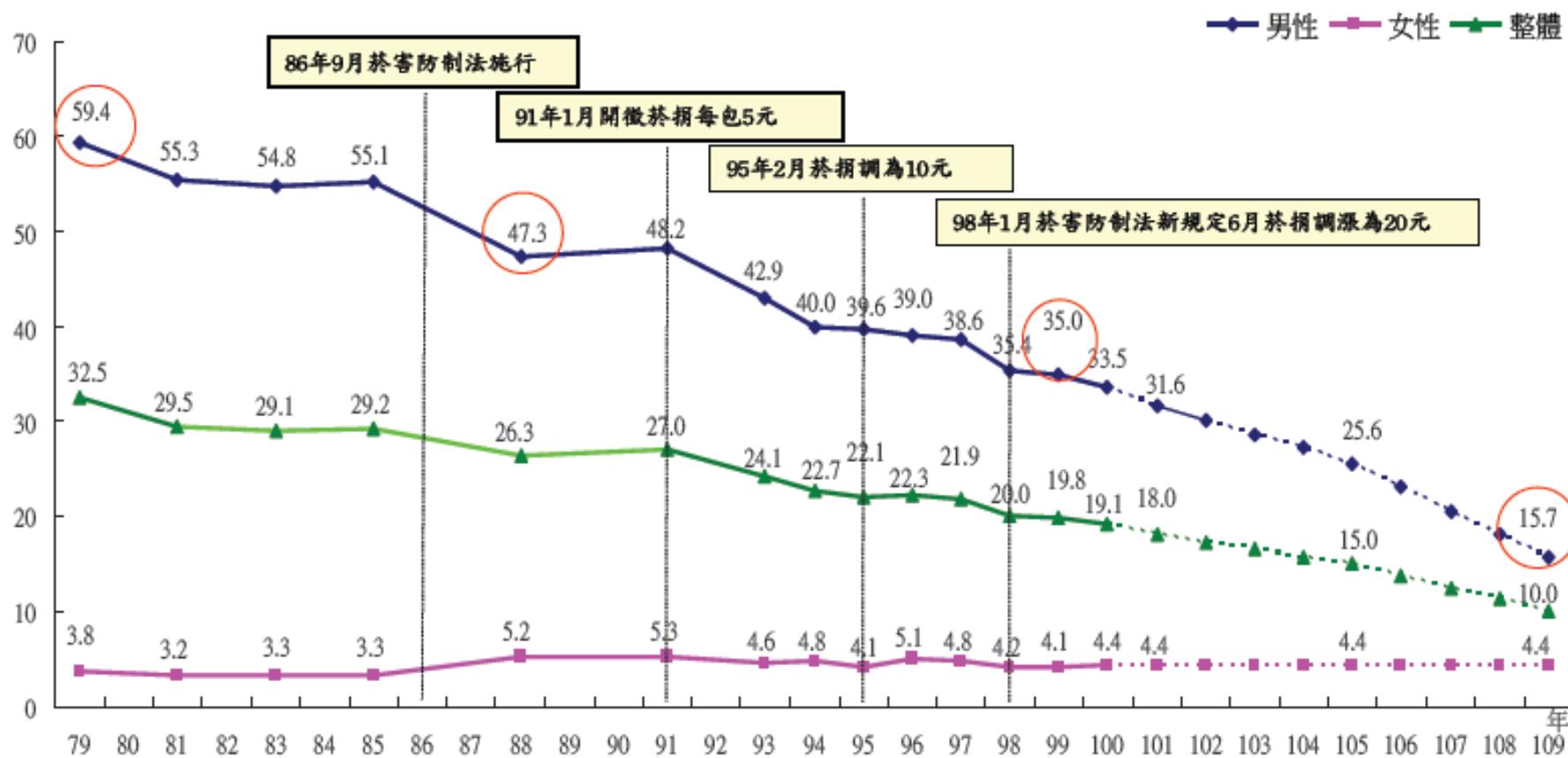
# 歷年菸捐收入vs用於菸害防制經費

(單位：億元)

年度 經費	93	94	95	96	97	98	99	100
菸品健康福 捐歷年 收入	96.5	105.5	172.1	201.1	201.1	245.7	344.4	347
菸害防制經費	7.6	10.5	6.3	7.4	5.4	5.2	10.2	10.1



# 歷年成人吸菸率



註：

79-85年為菸酒公賣局調查資料。

88年為李蘭教授調查資料。

91年為國民健康局「台灣地區91年國民健康促進知識、態度與行為調查」。

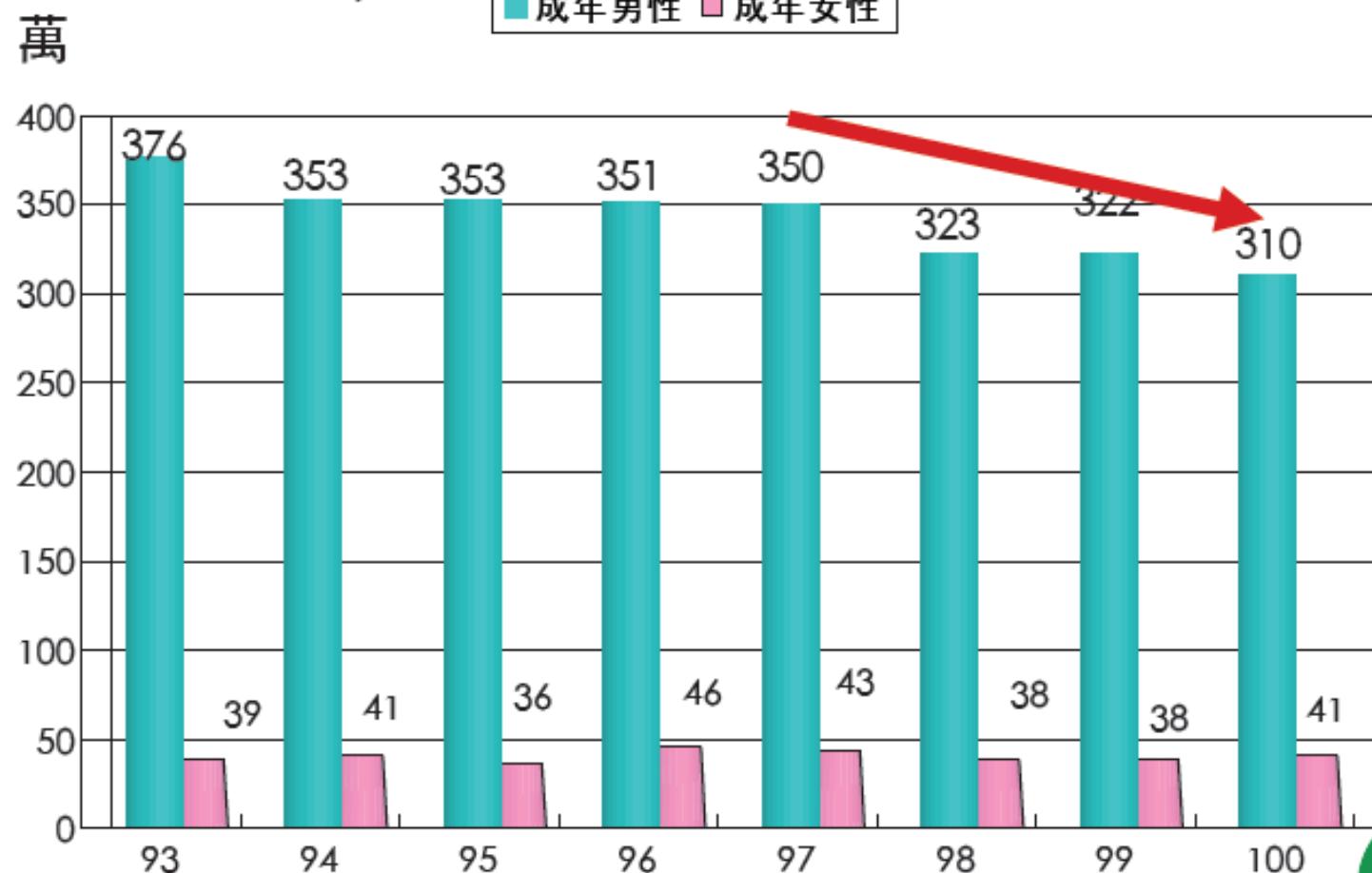
93至100年為國民健康局「成人吸菸行為電話調查」。

88至100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。



# 吸菸人數因菸害防制法新規定實施而下降

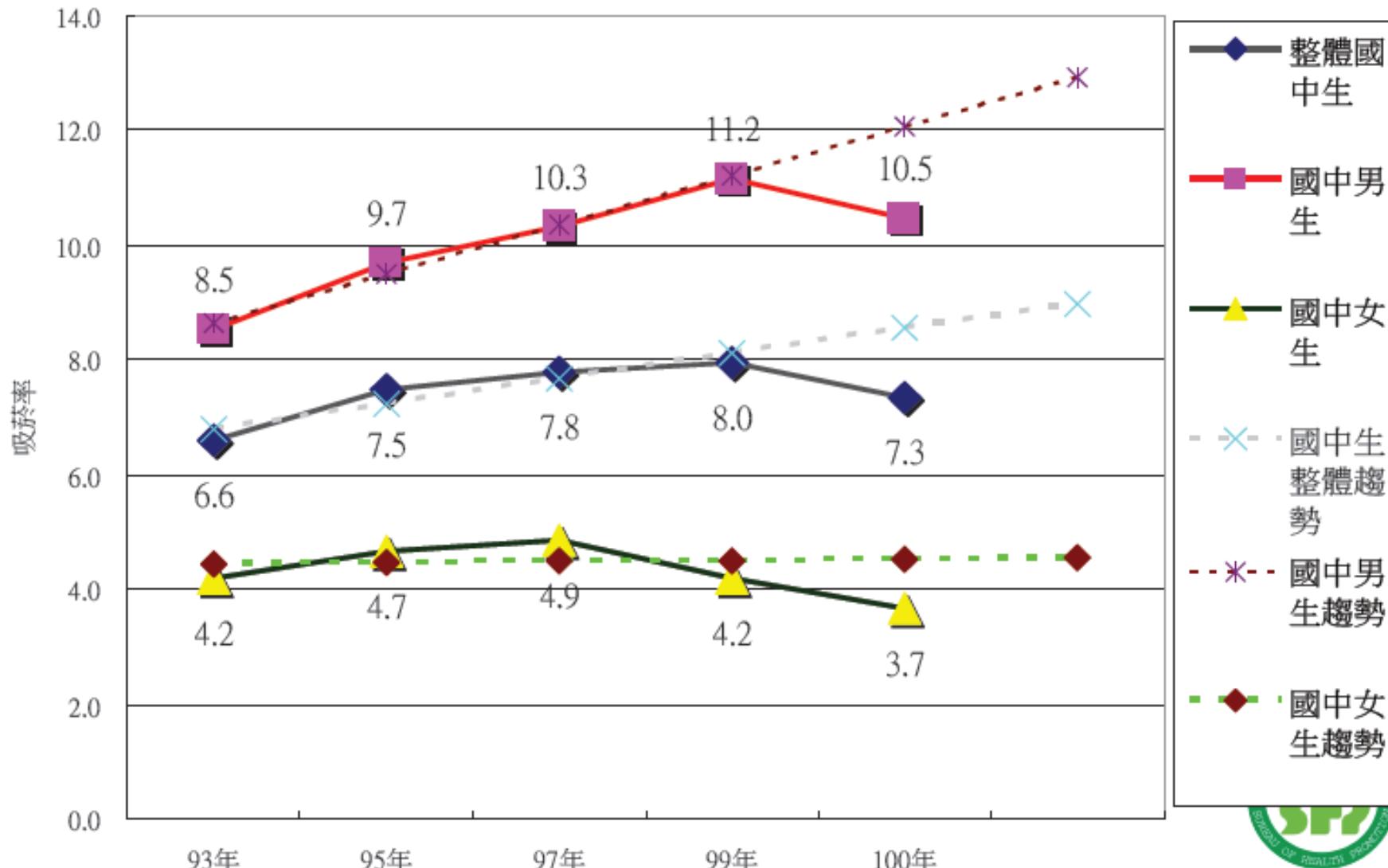
- 97年~100年吸菸人口減少42萬人(男性:40萬人,女性:2萬人)



資料來源：歷年衛生署國民健康局辦理成人吸菸行為調查（ASBS）

資料來源：國民健康局提供，請勿修改內容

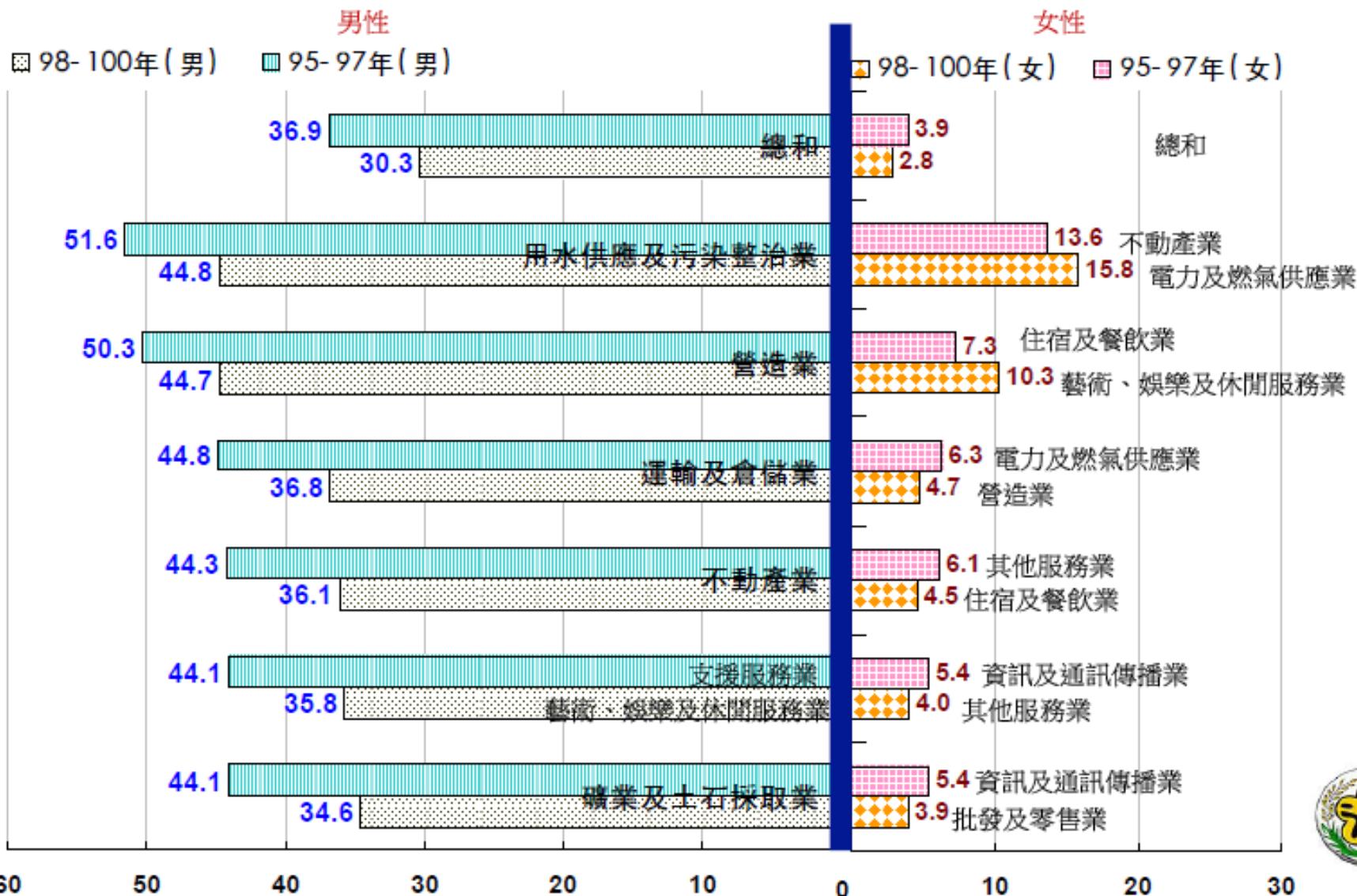
# 國中學生吸菸率已獲得抑制，然仍有努力之空間



資料來源：歷年國民健康局辦理「青少年吸菸行為調查（GYTS）」，目前吸菸率定義：過去30天內曾經吸過煙。資料來源：國民健康局提供，請勿修改內容。



# 各職場員工吸菸率前六高之行業

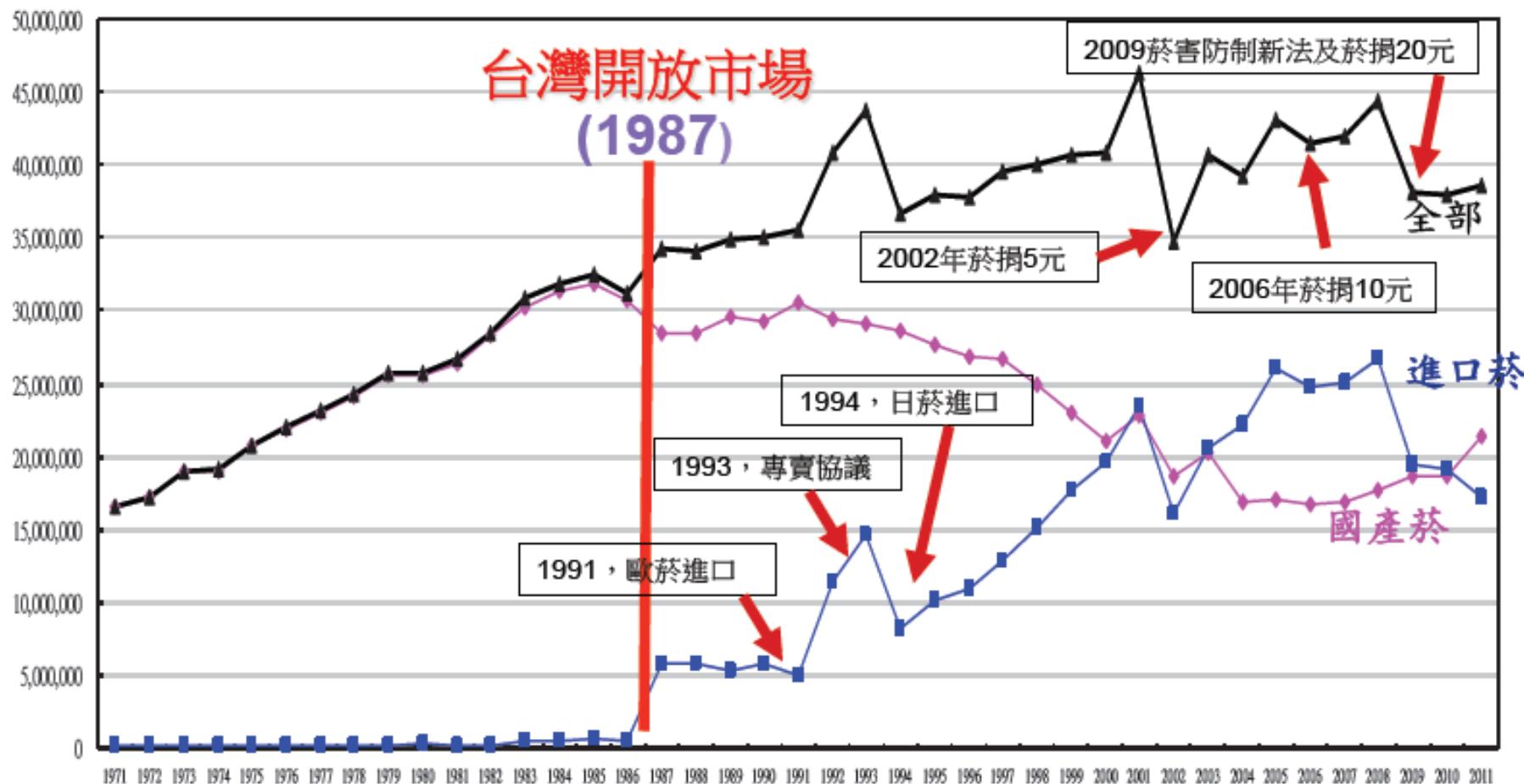


註：

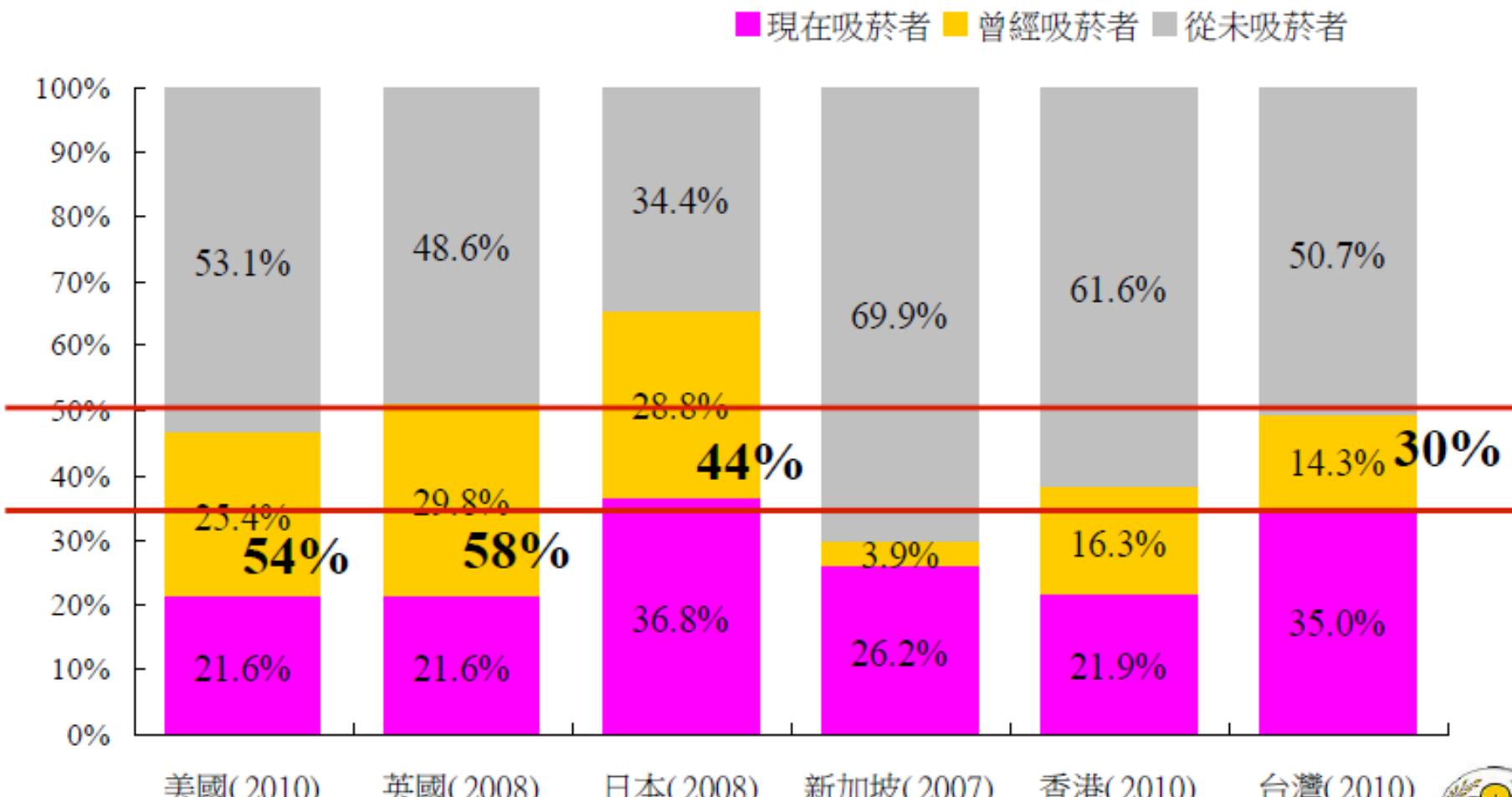
1. 資料來源為國民健康局「全國職場健康促進暨菸害防制調查」
2. 目前吸菸率定義：到目前為止您是否曾經吸菸超過5包(100支)，且現在每天吸菸或偶而吸菸。



# 菸品消費量之歷年變化趨勢

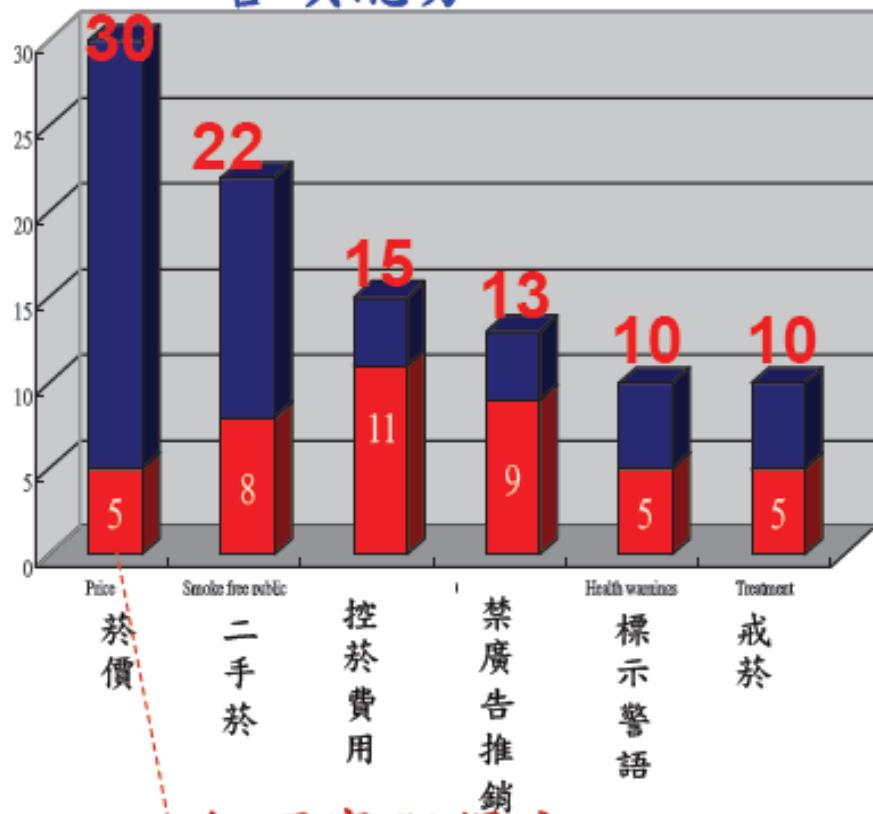


# 我國曾吸菸成年男性之戒菸率低



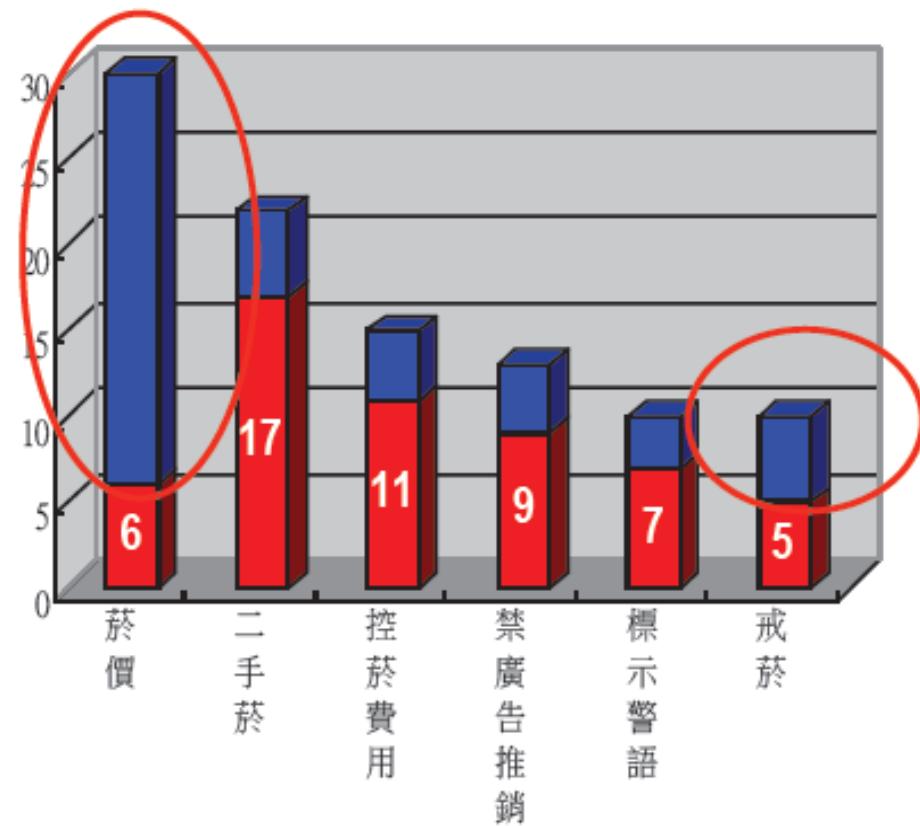
# 以歐盟評估法 評比菸害防制新規定施行前後得分

## 各項總分



## 各項實際得分

實施前：43分，相當於歐盟第22/30位



實施後：55分，相當於歐盟第12/30位  
菸價偏低、戒菸服務待加強

參考資料：Luk Joossens & Martin Raw "Progress in Tobacco Control in 30 European Countries, 2005-2007" presented at the 4th European Conference Tobacco or Health 2007, Basel, Switzerland, 11-13 October 2007

資料係國民健康局提供，請勿修改內容



# 綜合發現 -1

- 禁菸成效：菸害防制新規定上路三年，雖媒體報導熱度已過，但政府持續密集稽查與民眾配合，禁菸場所二手菸暴露率持續下降，保護率維持在九成以上（97年上路前為23.7%、98年上路後為9.0%、99年為9.1%及100年為8.2%）。
- 然而，職場二手菸暴露率有先降後升跡象。校園二手菸暴露雖持續下降，然國中生、高中職生暴露率仍高達17.8%與25.8%。
- 成年男性吸菸率明顯下降。推估過去三年減少了42萬吸菸人口。
- 青少年吸菸率：93年以來持續上升的國中男性與高中職女性吸菸率，在100年都首度壓制下來。
- 因禁菸、宣導與吸菸人口下降，使家庭二手菸暴露呈現明顯下降（97年上路前為27.2%、98年上路後為20.8%、99年為24.9%，100年降為19.9%）。

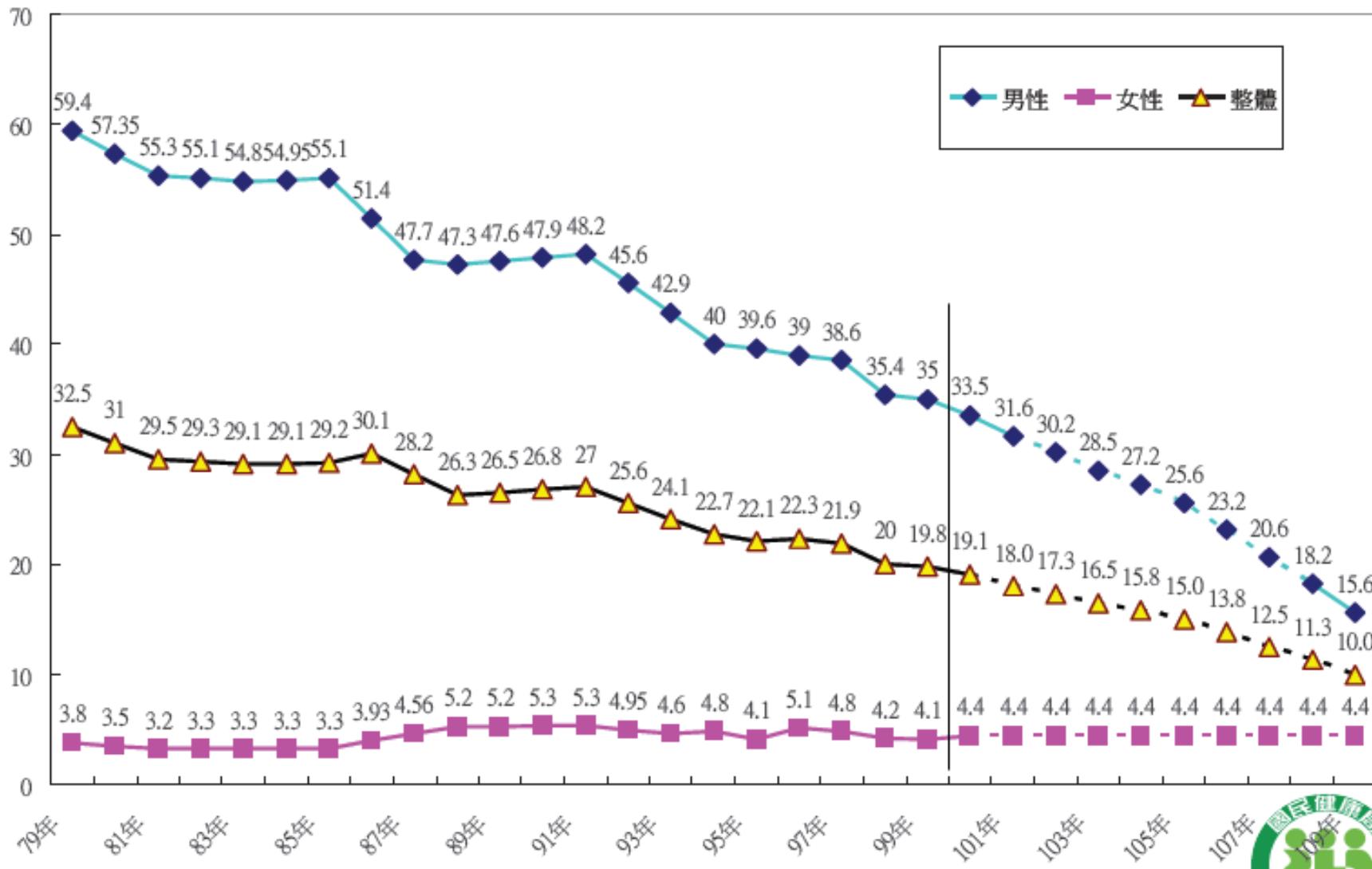


## 綜合發現 -2

- 我國成年男性吸菸率高達美國與香港之1.6倍，其與美國之差異在戒菸比率太低，與香港之差異在戒菸比率與從不吸菸比率都較低。
- 在各項策略上，我國表現較差的是菸價太低、與戒菸支持不夠、警示圖文面積太小。
- 如何進一步有效降低青少年與弱勢族群吸菸率??



# 黃金十年吸菸率目標值



資料來源：93至100年為國民健康局「成人吸菸行為電話調查」

資料係國民健康局提供，請勿修改內容



# 101年菸害防制重點



# 101年菸害防制工作

- 結合地方政府推動菸害防制工作
- 營造無菸支持環境，辦理全方位菸害教育
- 提供多元化戒菸服務
- 辦理菸害防制研究及監測
- 菸害防制人才培育及國際交流
- 持續檢討研修菸害防制相關法規



# 地方政府101年菸害防制計畫重點

項目	計畫項目	重點工作及目標
各縣市提報菸害防制計畫之重點	菸害防制執法稽查取締	<ol style="list-style-type: none"> <li>強化執法稽查工作</li> <li>縣市辦理轄區實地訪查（鄉鎮比較或場所比較）</li> <li>與社區資源合作推動禁售菸品予未滿18歲</li> </ol>
	無菸環境與宣導	<ol style="list-style-type: none"> <li>營造無菸環境</li> <li>菸害防制地方自治法立法</li> <li>公告禁菸場所</li> <li>推動無菸職場、無菸校園、無菸社區</li> </ol>
	青少年菸害防制	辦理校園菸害防制及青少年菸害防制宣導
	戒菸服務	<ol style="list-style-type: none"> <li>積極辦理醫事人員戒菸教育訓練</li> <li>輔導轄區醫院導入無菸醫院指標，建立系統架構，動員及轉介提供戒菸服務。已接受訓練者用「2A1R（Ask，Advice，Refer）」的方法</li> <li>動員及轉介利用門診戒菸、戒菸專線、社區藥局、戒菸衛教、戒菸班、戒菸就贏及青少年戒菸教育等服務</li> </ol>



# 101年宣導議題

宣導議題	宣導對象
戒菸服務及菸害防制宣導	一般民眾
「你戒菸、我戒二手菸」宣導專案	婦女、一般民眾
戒菸推廣及反菸企劃專案	一般民眾
菸害與疾病宣導專案	一般民眾
年輕族群參與反菸主題活動計畫	歲青少年族群
其他族群菸害防制宣導	與NGO團體合作
菸害防制年報	民眾及國際交流用



# 教育部「校園菸害防制實施計畫」

100年6月2日函頒

## 實施策略及具體作法

- 一、菸害防制教育策略：（一）擬定與推動菸害防制政策；（二）推廣菸害防制教材及教學；（三）培訓校園菸害防制人員；（四）辦理菸害防制宣導活動
- 二、營造無菸環境策略：（一）訂定校園禁止吸菸的管理規範；（二）加強健康無菸校園環境佈置；（三）加強取締校園吸菸行為，嚴禁販賣菸品；（四）運用相關資源無菸社區營造活動；（五）運用無菸月推動菸害防制宣導，營造無菸氛圍
- 三、戒菸教育策略：（一）辦理戒菸教育與諮商技巧之訓練，績效優良者予以獎勵；（二）訂定戒菸介入計畫，提供戒菸相關服務及資源；（三）辦理吸菸學生實施戒菸教育活動；（四）轉介吸菸之教職員工生接受戒菸諮詢與戒菸治療；（五）辦理吸菸學生成功戒菸獎勵措施；（六）研發戒菸教育模式與指標，評估實施成效
- 四、督導考核（一）將校園禁售菸品及無菸害校園納入大專院校評鑑計畫；（二）將校園推動菸害防制績效列入統合視導項目；（三）對所屬學校進行不定期抽訪；（四）計畫核定後實施，年度作滾動式修正。



# 2012戒菸就贏比賽

- 「戒菸就贏比賽」是國際性成人戒菸活動，兩年舉辦一次；台灣自2002年開始迄今已舉辦五屆，共吸引**11萬名**吸菸者體驗戒菸，歷屆活動**約3成5**的民眾在參賽一年後仍持續不吸菸
- 參加辦法
  - 吸菸的參賽者+不吸菸的見證人，兩人一組報名參加
  - 「參賽者」在5月完全不吸菸，「見證人」須支持及見證參賽者戒菸



# 2012戒菸就贏比賽

## ■ 報名方式

- 現場報名：請連結「2012戒菸就贏比賽」網站<http://www.quitandwin.org.tw/>
- 電話報名：請洽董氏基金會 (02)2776-6133轉1
- 現場報名：請至各縣市衛生局所



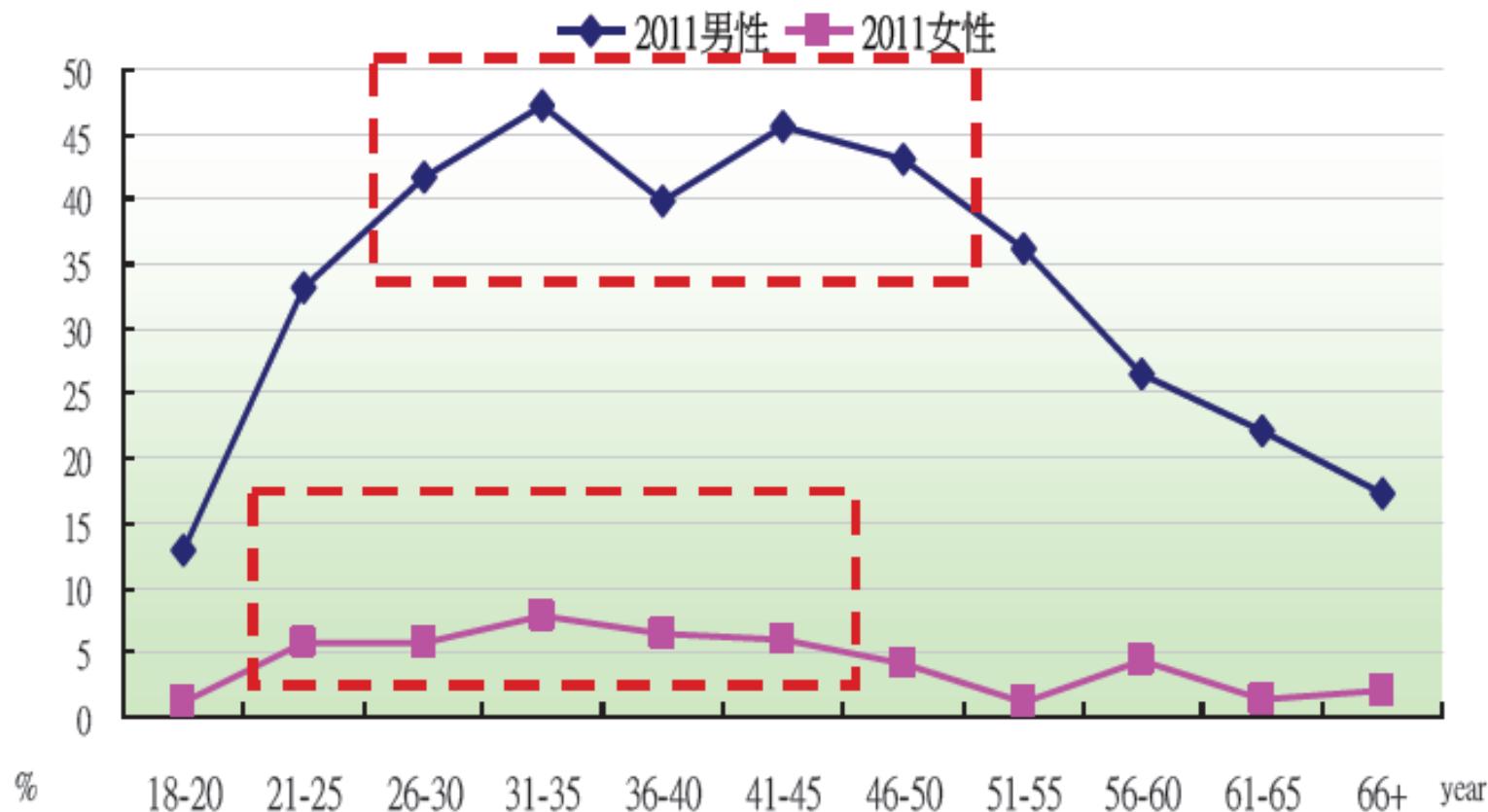
# 二代戒菸介紹



資料係國民健康局提供，請勿修改內容

# 男女年齡別吸菸率

吸菸率最高是在人生第二個25年



針對青壯年、戶外工作勞工，需把握的機會：  
軍隊、職場、社區藥局、  
勞工健檢、小病就醫、看牙、帶子女就醫、懷孕



# 既有戒菸治療補助不足，社經階層比較低者無力負擔

- 社經階層低者，吸菸率高
  - 教育程度為國中或高中職之男性，吸菸率高達40-50%，約為大學以上男性的3倍
- 戒菸藥物合併使用，費用相當於每天一包菸
  - NRT貼片+口嚼錠：戒菸成功率36.5%
  - 原藥費每週800~1,500元 vs. 每週僅定額補助250元，戒菸者每週可能需自行負擔新臺幣550-1,250元不等費用，社經階層較低者無力負擔
- WHO建議
  - 免費或以負擔得起的價格提供藥物
  - 戒菸治療應普及到各類場所與各類服務提供者



# 現有服務之可近性不佳，青壯年與勞工之利用意願低

- 31-50歲男性吸菸率達40~50%，其中又以「藍領」、「戶外工作」與「藝術娛樂業」等吸菸率最高，為主要勞動參與族群，醫療利用率偏低
- 限於門診，住院、急診病人不能使用
- 非醫師之衛教服務不給付

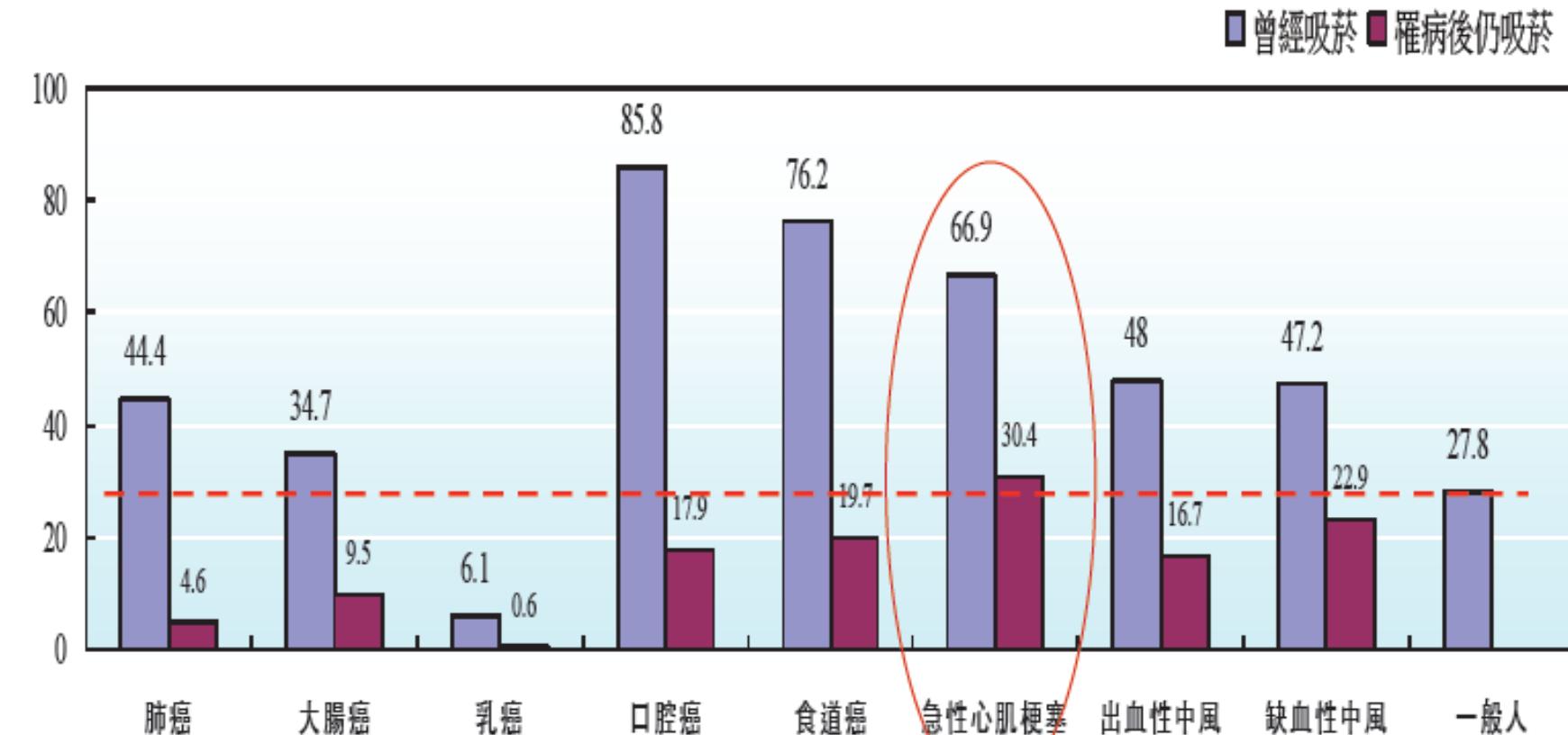
=>吸菸者之戒菸治療服務利用率低

台灣1.4% vs. 英國6%



# 癌症及心血管疾病 罹病前後吸菸率

## (男女合併)



資料來源：

- 1.100年癌症及心血管疾病與吸菸、二手菸、飲酒、嚼檳榔之關係調查計畫
- 2.一般人：參考2009年國民健康訪問調查（NHIS）12-64歲族群面訪調查結果



# 吸菸-慢性病、成癮病

- 吸菸行為-慢性病、成癮病。ICD-10
  - 尼古丁使用的疾患 **305.10** 尼古丁依賴 (nicotine dependence)
  - 尼古丁誘發的疾患 **292.0** 尼古丁戒斷 (nicotine withdrawal)
- 尼古丁依賴其實是一種慢性疾病，經常是需要反覆的戒菸服務的介入及多次嘗試，才能成功戒除
- 透過專業協助戒菸，將可有效提高戒菸成功率



# 戒菸與其他心血管危險因子治療比較

	戒 菸	控制三高
治療期程	2-6個月	終生
根治	可	難
效果出現	立即	較慢
預防問題	心血管疾病、呼吸道疾病、癌症、手術併發症、其他	心血管疾病、手術併發症
對其他人效益	家人同事大眾二手菸三手菸 下一代吸菸	無
治療限制	多(人、時、藥)	無
給付限制	多	無
成效要求	嚴格	無



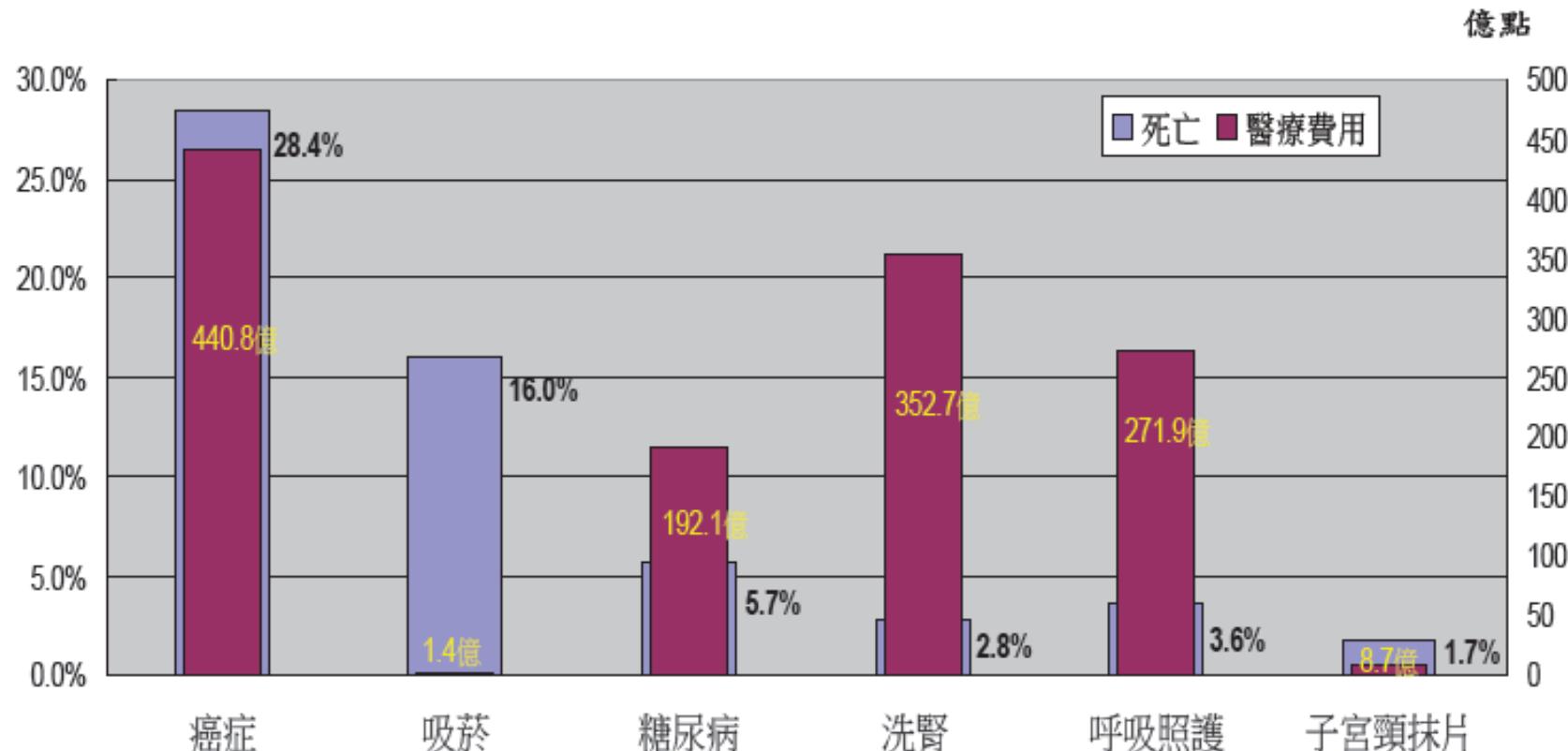
# 戒菸是最符成本效益的服務

- 戒菸可同時預防心血管疾病、呼吸道疾病與癌症(效益多於治療糖尿病、高血壓、高血脂)。
- 妻兒亦受益。
- 短期就有效益：
  - 戒菸1年，罹患冠狀動脈心臟病機率減少一半；
  - 戒菸5年，中風機率甚至可降低至與不吸菸者一樣；
  - 戒菸10年，死於肺癌的風險降低一半；
  - 戒菸15年，得心臟病的風險降至與一般非吸菸者相同。
- 每位接受門診戒菸治療服務的成功者，戒菸前後六個月的醫療費用相比降低5,481元。
- 每幫助1位吸菸者成功戒菸，對社會未來11-15年的經濟效益可達42萬元以上。
- 101年幫助4.5萬人成功戒菸，短期節省2.4億元的醫療費用，長期創造185億元的社會效益。



# 戒菸經費：相較於其他疾病之經費，嚴重偏低

Shu-Ti



資料來源：

- 1.衛生署公布之「99年國人主要死因統計」
- 2.中央健康保險局99年門診、藥局及住院明細清單
- 3.國民健康局「菸害防制及衛生保健基金」99年決算數



# 治療結構與強度

## 戒菸建議

Table 6.7. Meta-analysis (1996): Effectiveness of and estimated abstinence rates for advice to quit by a physician (n = 7 studies)<sup>a</sup>

Advice	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
No advice to quit (reference group)	9	1.0	7.9
Physician advice to quit	10	1.3 (1.1–1.6)	10.2 (8.5–12.0)

醫師的建議可以有效提高戒菸率，每建議10個，就有一個會成功戒菸；扣除不建議就會戒的，需要建議50個才有一個是因為被建議而成功戒菸；所以，advice有效，但單獨使用，效果不大，好處是容易大量推廣



# 臨床介入強度

## 每次諮詢長度

Table 6.8. Meta-analysis (2000): Effectiveness of and estimated abstinence rates for various intensity levels of session length (n = 43 studies)<sup>a</sup>

Level of contact	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
No contact	30	1.0	10.9
Minimal counseling (< 3 minutes)	19	1.3 (1.01–1.6)	13.4 (10.9–16.1)
Low-intensity counseling (3–10 minutes)	16	1.6 (1.2–2.0)	16.0 (12.8–19.2)
Higher intensity counseling (> 10 minutes)	55	2.3 (2.0–2.7)	22.1 (19.4–24.7)

談越久，效果越好；談15分鐘，5個有1個會戒菸



# 時間與次數

Shu-Ti

## 總接觸時間

Total amount of contact time	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
No minutes	16	1.0	11.0
1–3 minutes	12	1.4 (1.1–1.8)	14.4 (11.3–17.5)
4–30 minutes	20	1.9 (1.5–2.3)	18.8 (15.6–22.0)
31–90 minutes	16	3.0 (2.3–3.8)	26.5 (21.5–31.4)
91–300 minutes	16	3.2 (2.3–4.6)	28.4 (21.3–35.5)
> 300 minutes	15	2.8 (2.0–3.9)	25.5 (19.2–31.7)

## 總接觸次數

Number of sessions	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
0–1 session	43	1.0	12.4
2–3 sessions	17	1.4 (1.1–1.7)	16.3 (13.7–19.0)
4–8 sessions	23	1.9 (1.6–2.2)	20.9 (18.1–23.6)
> 8 sessions	51	2.3 (2.1–3.0)	24.7 (21.0–28.4)

8次，每次10分鐘



資料係國民健康局提供，請勿修改內容

# 臨床人員類型

Type of clinician	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
No clinician	16	1.0	10.2
Self-help	47	1.1 (0.9–1.3)	10.9 (9.1–12.7)
Nonphysician clinician	39	1.7 (1.3–2.1)	15.8 (12.8–18.8)
Physician clinician	11	2.2 (1.5–3.2)	19.9 (13.7–26.2)

Number of clinician types	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
No clinician	30	1.0	10.8
One clinician type	50	1.8 (1.5–2.2)	18.3 (15.4–21.1)
Two clinician types	16	2.5 (1.9–3.4)	23.6 (18.4–28.7)
Three or more clinician types	7	2.4 (2.1–2.9)	23.0 (20.0–25.9)

有人講比沒人講好；

醫師比非醫師有效；團隊講比個人講有效

資料來源：國民健康局提供，請勿修改內容



# 心理社會介入的形式

Format Number	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
No format	20	1.0	10.8
Self-help	93	1.2 (1.02–1.3)	12.3 (10.9–13.6)
Proactive telephone counseling	26	1.2 (1.1–1.4)	13.1 (11.4–14.8)
Group counseling	52	1.3 (1.1–1.6)	13.9 (11.6–16.1)
Individual counseling	67	1.7 (1.4–2.0)	16.8 (14.7–19.1)

Number of formats <sup>b</sup>	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
No format	20	1.0	10.8
One format	51	1.5 (1.2–1.8)	15.1 (12.8–17.4)
Two formats	55	1.9 (1.6–2.2)	18.5 (15.8–21.1)
Three or four formats	19	2.5 (2.1–3.0)	23.2 (19.9–26.6)



Table 6.16. Meta-analysis (2008): Effectiveness of and estimated abstinence rates for quitline counseling compared to minimal interventions, self-help, or no counseling (n = 9 studies)<sup>a</sup>

Intervention	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
Minimal or no counseling or self-help	11	1.0	8.5
Quitline counseling	11	1.6 (1.4–1.8)	12.7 (11.3–14.2)



# 諮詢與行為治療類型

Type of counseling and behavioral therapy	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
No counseling/behavioral therapy	35	1.0	11.2
Relaxation/breathing	31	1.0 (0.7–1.3)	10.8 (7.9–13.8)
Contingency contracting	22	1.0 (0.7–1.4)	11.2 (7.8–14.6)
Weight/diet	19	1.0 (0.8–1.3)	11.2 (8.5–14.0)
Cigarette fading	25	1.1 (0.8–1.5)	11.8 (8.4–15.3)
Negative affect	8	1.2 (0.8–1.9)	13.6 (8.7–18.5)
Intratreatment social support	50	1.3 (1.1–1.6)	14.4 (12.3–16.5)
Extratreatment social support	19	1.5 (1.1–2.1)	16.2 (11.8–20.6)
Practical counseling (general problemsolving/skills training)	104	1.5 (1.3–1.8)	16.2 (14.0–18.5)
Other aversive smoking	19	1.7 (1.04–2.8)	17.7 (11.2–24.9)
Rapid smoking	19	2.0 (1.1–3.5)	19.9 (11.2–29.0)



# •藥物

長效貼片 +  
需要時口嚼  
錠或噴劑，

效果與戒必  
適接近

Medication	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
Placebo	80	1.0	13.8
Monotherapies			
Varenicline (2 mg/day)	5	3.1 (2.5–3.8)	33.2 (28.9–37.8)
Nicotine Nasal Spray	4	2.3 (1.7–3.0)	26.7 (21.5–32.7)
High-Dose Nicotine Patch (> 25 mg) (These included both standard or long-term duration)	4	2.3 (1.7–3.0)	26.5 (21.3–32.5)
Long-Term Nicotine Gum (> 14 weeks)	6	2.2 (1.5–3.2)	26.1 (19.7–33.6)
Varenicline (1 mg/day)	3	2.1 (1.5–3.0)	25.4 (19.6–32.2)
Nicotine Inhaler	6	2.1 (1.5–2.9)	24.8 (19.1–31.6)
Clonidine	3	2.1 (1.2–3.7)	25.0 (15.7–37.3)
Bupropion SR	26	2.0 (1.8–2.2)	24.2 (22.2–26.4)
Nicotine Patch (6–14 weeks)	32	1.9 (1.7–2.2)	23.4 (21.3–25.8)
Long-Term Nicotine Patch (> 14 weeks)	10	1.9 (1.7–2.3)	23.7 (21.0–26.6)
Nortriptyline	5	1.8 (1.3–2.6)	22.5 (16.8–29.4)
Nicotine Gum (6–14 weeks)	15	1.5 (1.2–1.7)	19.0 (16.5–21.9)
Combination therapies			
Patch (long-term; > 14 weeks) + ad lib NRT (gum or spray)	3	3.6 (2.5–5.2)	36.5 (28.6–45.3)
Patch + Bupropion SR	3	2.5 (1.9–3.4)	28.9 (23.5–35.1)
Patch + Nortriptyline	2	2.3 (1.3–4.2)	27.3 (17.2–40.4)
Patch + Inhaler	2	2.2 (1.3–3.6)	25.8 (17.4–36.5)
Patch + Second generation antidepressants (paroxetine, venlafaxine)	3	2.0 (1.2–3.4)	24.3 (16.1–35.0)

Table 6.28. Meta-analysis (2008): Effectiveness of and abstinence rates of medications relative to the nicotine patch ( $n = 83$  studies)<sup>a</sup>

Medication	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C. I.)
Nicotine Patch (reference group)	32	1.0
Monotherapies		
Varenicline (2 mg/day)	5	1.6 (1.3–2.0)
Nicotine Nasal Spray	4	1.2 (0.9–1.6)
High-Dose Nicotine Patch (> 25 mg; standard or long-term)	4	1.2 (0.9–1.6)
Long-Term Nicotine Gum (> 14 weeks)	6	1.2 (0.8–1.7)
Varenicline (1 mg/day)	3	1.1 (0.8–1.6)
Nicotine Inhaler	6	1.1 (0.8–1.5)
Clonidine	3	1.1 (0.6–2.0)
Bupropion SR	26	1.0 (0.9–1.2)
Long-Term Nicotine Patch (> 14 weeks)	10	1.0 (0.9–1.2)
Nortriptyline	5	0.9 (0.6–1.4)
Nicotine Gum	15	0.8 (0.6–1.0)

# 合併用藥與單獨貼片比

Shu-Ti

Combination therapies		
Patch (long-term; > 14 weeks) + NRT (gum or spray)	3	1.9 (1.3–2.7)
Patch + Bupropion SR	3	1.3 (1.0–1.8)
Patch + Nortriptyline	2	0.9 (0.6–1.4)
Patch + Inhaler	2	1.1 (0.7–1.9)
Second-generation antidepressants & Patch	3	1.0 (0.6–1.7)
Medications not shown to be effective		
Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors (SSRIs)	3	0.5 (0.4–0.7)
Naltrexone	2	0.3 (0.1–0.6)



# 藥物 + 諮商 比 藥物 有效

Shu-Ti

Treatment	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
Medication alone	8	1.0	21.7
Medication and counseling	39	1.4 (1.2–1.6)	27.6 (25.0–30.3)

# 藥物 + 諮商 比 諮商 有效

Table 6.24. Meta-analysis (2008): Effectiveness of and estimated abstinence rates for the combination of counseling and medication vs. counseling alone ( $n = 9$  studies)<sup>a</sup>

Treatment	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
Counseling alone	11	1.0	14.6
Medication and counseling	13	1.7 (1.3–2.1)	22.1 (18.1–26.8)

Treatment	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
0–1 session plus medication	13	1.0	21.8
2–3 sessions plus medication	6	1.4 (1.1–1.8)	28.0 (23.0–33.6)
4–8 sessions plus medication	19	1.3 (1.1–1.5)	26.9 (24.3–29.7)
More than 8 sessions plus medication	9	1.7 (1.3–2.2)	32.5 (27.3–38.3)

藥物 + 戒菸專線 比 藥物 有效

Table 6.17. Meta-analysis (2008): Effectiveness of and estimated abstinence rates for quitline counseling and medication compared to medication alone (n = 6 studies)<sup>a</sup>

Intervention	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
Medication alone	6	1.0	23.2
Medication and quitline counseling	6	1.3 (1.1–1.6)	28.1 (24.5–32.0)

**Table 7.4. Meta-analysis (2008): Effectiveness of and estimated abstinence rates for counseling interventions with adolescent smokers ( $n = 7$  studies)<sup>a</sup>**

Adolescent smokers	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
Usual care	7	1.0	6.7
Counseling	7	1.8 (1.1–3.0)	11.6 (7.5–17.5)



Table 7.5. Meta-analysis (2008): Effectiveness of and estimated preparturition abstinence rates for psychosocial interventions with pregnant smokers (n = 8 studies)<sup>a</sup>

心理社會介入有助於產前戒菸

Pregnant smokers	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
Usual care	8	1.0	7.6
Psychosocial intervention (abstinence preparturition)	9	1.8 (1.4–2.3)	13.3 (9.0–19.4)

Table 7.8. Meta-analysis (2008): Effectiveness of and estimated preparturition abstinence rates for self-help interventions with pregnant smokers (n = 2 studies)<sup>a</sup>

Pregnant smokers	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
Usual care	2	1.0	8.6
Self-help materials (preparturition)	2	1.9 (1.2–2.9)	15.0 (10.1–21.6)

自助教材對孕婦效果好

## Identifying Tobacco Users: Impact on Clinical Intervention.

Screening system	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated rate of clinician intervention (95% C.I.)
No screening system in place to identify smoking status (reference group)	9	1.0	38.5 提高臨床介入比率
Screening system in place to identify smoking status	9	3.1 (2.2–4.2)	65.6 (58.3–72.6)

## Identifying Tobacco Users: Impact on Tobacco Cessation. 提高戒菸率

Screening system	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
No screening system in place to identify smoking status (reference group)	3	1.0	3.1
Screening system in place to identify smoking status	3	2.0 (0.8–4.8)	6.4 (1.3–11.6)



## 訓練 + 提示系統 對 “詢問”的影響

Table 6.33. Meta-analysis (2008): Effectiveness of clinician training combined with charting on asking about smoking status ("Ask") (n = 3 studies)<sup>a</sup> 問吸菸狀態

Intervention	Number of arms	Odds Ratio (95% C.I.)	Estimated rate (95% C.I.)
No intervention	3	1.0	58.8
Training and charting	3	2.1 (1.9–2.4)	75.2 (72.7–77.6)



# 訓練 + 提示系統 對設定戒菸日期的影響

Shu-Ti

Table 6.34. Meta-analysis (2008): Effectiveness of training combined with charting on setting a quit date ("Assist") (n = 2 studies)<sup>a</sup>

Intervention	Number of arms	Odds Ratio (95% C.I.)	Estimated rate (95% C.I.)
No intervention	2	1.0	11.4
Training and charting	2	5.5 (4.1–7.4)	41.4 (34.4–48.8)

# 訓練 + 提示系統 對提供戒菸教材的影響

Table 6.35. Meta-analysis (2008): Effectiveness of training combined with charting on providing materials ("Assist") (n = 2 studies)<sup>a</sup>

Intervention	Number of arms	Odds Ratio (95% C.I.)	Estimated rate (95% C.I.)
No intervention	2	1.0	8.7
Training and charting	2	4.2 (3.4–5.3)	28.6 (24.3–33.4)



# 訓練 + 提示系統 對安排追蹤的影響

Shu-Ti

Table 6.36. Meta-analysis (2008): Effectiveness of training combined with charting on arranging for followup ("Arrange") (n = 2 studies)<sup>a</sup>

Intervention	Number of arms	Odds Ratio (95% C.I.)	Estimated rate (95% C.I.)
No intervention	2	1.0	6.7
Training and charting	2	2.7 (1.9–3.9)	16.3 (11.8–22.1)

## 訓練 對戒菸成功率的影響

Table 6.31. Meta-analysis (2008): Effectiveness of and estimated abstinence rates for clinician training (n = 2 studies)<sup>a</sup>

Intervention	Number of arms	Odds Ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
No intervention	2	1.0	6.4
Clinician training	2	2.0 (1.2–3.4)	12.0 (7.6–18.6)



# 主動戒菸，病人更滿意

## Tobacco-Cessation Services and Patient Satisfaction in Nine Nonprofit HMOs

Am J Prev Med 2005;29(2):77–84

Virginia P. Quinn, PhD, Victor J. Stevens, PhD, Jack F. Hollis, PhD, Nancy A. Rigotti, MD, Leif I. Solberg, MD, Nancy Gordon, ScD, Debra Ritzwoller, PhD, K. Sabina Smith, BS, Weiming Hu, MS, Jane Zapka, ScD

**Table 4.** Adjusted member satisfaction and reports of the 5A's tobacco/cessation services<sup>a,b</sup>

Highest 5A's tobacco-cessation service reported <sup>c</sup>	Asked for help with quitting		未要求戒菸協助 n	
	Yes			
	Very satisfied <sup>d</sup> % ± 2SE	n		
None	11.3 ± 2.8	17	37.2 ± 1.4 386	
Asked	30.7 ± 5.6	29	46.0 ± 1.4 357	
Advised	31.9 ± 3.6	74	42.6 ± 1.1 628	
Assessed	40.4 ± 3.1	90	47.6 ± 1.1 548	
Assisted	44.3 ± 1.0	713	54.5 ± 0.8 973	
Arranged	52.1 ± 1.8	203	60.0 ± 2.1 189	
Total				

不論病人有無要尋求戒菸協助，介入越深，滿意度越高；

不論提供何種程度介入，對未尋求協助者都獲得比有求助者更高的滿意度



# 給付的影響

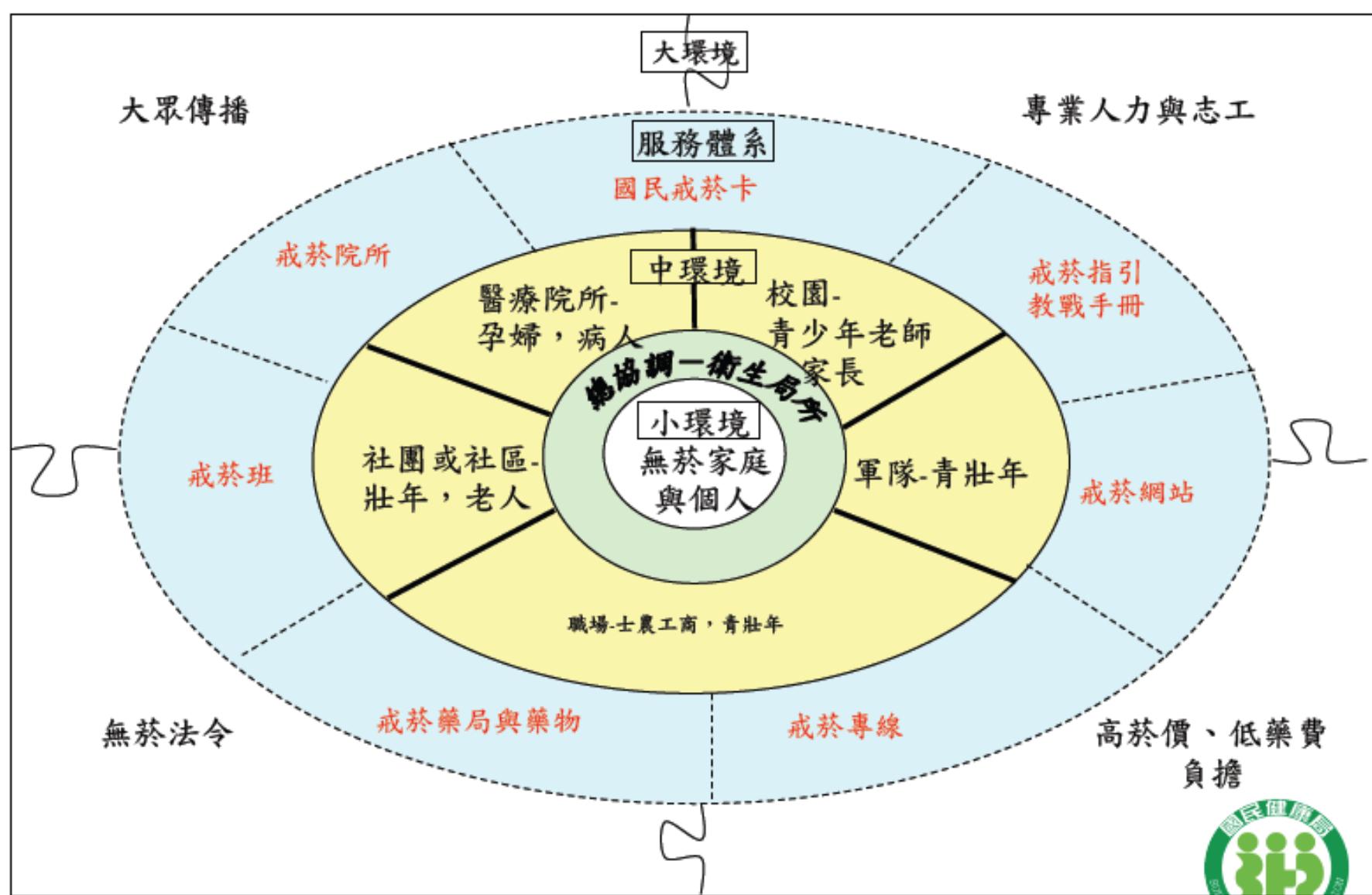
Treatment	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated intervention rate (95% C.I.)
Individuals with no covered health insurance benefit	3	介入比率 1.0	8.9
Individuals with the benefit	3	2.3 (1.8–2.9)	18.2 (14.8–22.3)

Treatment	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated quit attempt rate (95% C.I.)
Individuals with no covered benefit	3	嘗試戒菸比率 1.0	30.5
Individuals with the benefit	3	1.3 (1.01–1.5)	36.2 (32.3–40.2)

Treatment	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
Individuals with no covered benefit	3	1.0 成功率	6.7
Individuals with the benefit	3	1.6 (1.2–2.2)	10.5 (8.1–13.5)



# 戒菸共同照護網



# 戒菸治療全面啟動

- 規劃推動「實施二代戒菸治療試辦計畫」，於101年1月31日公告，自101年3月1日上路
- 住院、急診亦可戒菸：把握機會，不限門診
- 戒菸衛教：團隊出擊，共同照護；用藥之外，亦給付16次戒菸衛教關懷及追蹤
- 個案管理，全程追蹤：3個月及6個月個案追蹤
- 加強**品質要求 / 品質獎勵**
- **合理用藥：**對戒菸**用藥比照一般健保用藥**，病人每次處方，僅須付兩成以下、最高200元之部分負擔（偏遠地區與低收入戶全免）
- 全國可望有約2000家醫療院所、遍及各地，提供此項服務



# 新舊補助內容一覽表

原門診戒菸治療服務	二代戒菸治療服務
99年服務量53,721人；100年服務量42,100人(1-10月)	101年服務量目標18萬人
戒菸成功率目標：3個月 $\geq$ 33%	戒菸成功率目標：3個月 $\geq$ 33%、6個月 $\geq$ 25%
每年至多補助2次療程，每次療程最多補助8週次藥費，且每一療程(8週藥物)限於同一醫療院所90天內完成	每年至多補助2次療程，每次療程最多補助8週次藥費，且每一療程(8週藥物)限於同一醫療院所90天內完成
戒菸治療服務費：250元/次	戒菸治療服務費：250元/次
調劑費：11~53元/次（按調劑人員、調劑場所及調劑週數，調整）	調劑費：11~53元/次（按調劑人員、調劑場所及調劑週數，調整）
吸菸孕婦轉介費：100元/該次懷孕	吸菸孕婦轉介費：100元/該次懷孕
戒菸藥品費：250元/週 (每次領藥以2週為上限)，戒菸服務利用者自行負擔藥費差額	戒菸藥品費：合理用藥，按公告額度補助（每次領藥週數以4週為限），戒菸服務利用者比照現行一般健保藥品僅須繳交20%以下、最高200元之部分負擔
	合約醫院門診、住院、急診期間戒菸治療
-	戒菸個案追蹤費50元/次(3個月及6個月追蹤)
-	戒菸衛教暨個案管理費100元/次（101-年7月開始試辦）
-	合約藥局給藥（101年7月開始試辦）

# 菸品健康捐取之於吸菸者，用於戒菸， 切合徵收目的

- 經費來源：菸害防制及衛生保健基金（以前年度剩餘款）
- 用菸捐幫吸菸者戒菸，為全民省健保費!!



# 預期效益

年度	預估服務量	經費	成功戒菸人數	長期 經濟效益
101	18萬人	5億8,647萬	4.5萬人	185億元
102	26萬人	10億3,637萬	6.5萬人	270億元
總計	>40萬人	16億2,284萬	>10萬人	>450億元

戒菸服務利用率從1.5% 提高到 5.1%、8.4%  
vs. 6.5% in U.K.



# 評價1. 可近性指標

目的	評估指標	評估基準	目標值
可近性	經濟障礙	民眾負擔藥費比率	除掛號費外，合理用藥，藥費依公告額度補助，比照一般健保繳交藥品部分負擔
	地理障礙	提供戒菸治療服務之鄉鎮涵蓋率	101年：99% 102年：100%
	住院個案納入戒菸服務對象	提供住院戒菸治療服務之特約層級為地區醫院(含)以上之涵蓋率	101年：80% 102年：95%



## 評價2. 戒菸服務品質管理指標

目的	評估指標	評估基準	目標值
戒菸服務 品質管理 *	3個月戒菸成功率	3個月戒菸成功率	$\geq 33\%$
	6個月戒菸成功率	6個月戒菸成功率	$\geq 25\%$
	整體滿意度	電話調查個案 接受服務之滿 意度	$\geq 7.5$ 分 (滿分10分)

\*戒菸治療服務品質改善措施

\*Guideline



# 評價3. 效益指標

目的	評估指標	評估基準	目標值
效益	服務利用率	利用本服務人數佔成人吸菸人口比率	101年：5.0% 102年：7.2%
	戒菸成功人數	利用本服務戒菸成功人數	101年：4.5萬人 102年：6.5萬人
	短期健保醫療費用支出節省	推估接受戒菸服務成功個案前後六個月的健保醫療費用節省金額	101年：2.4億元 102年：3.5億元
	長期社會效益	推估接受戒菸服務成功個案對社會未來11-15年的經濟效益	101年：185億元 102年：270億元



# 醫院診所可以如何推動<sub>1</sub>

- 認證過的醫師與戒菸衛教師
- 每個門診時段 (及每個門診區域)都有醫師提供戒菸服務
- 門診表上加註提供戒菸服務之門診，
- 請各科動員及提供戒菸服務
- 運用醫院**電腦主動提示系統詢問(ask)**，針對吸菸者給予**主動勸戒(advice)**及提供戒菸教戰手冊(assist)或**轉介(refer)**接受戒菸治療
- 每月分析回報各科別醫師病人吸菸數與吸菸率、戒菸治療數



# 醫院診所可以如何推動<sub>2</sub>

---

- 積極安排與追蹤
  - 通知門診戒菸、戒菸班服務時間或地點
  - 事先預定門診戒菸、戒菸班時間地點(服務利用率較高)
  - 善用戒菸專線
- 網站、海報、跑馬燈、候診間電視等宣導
- 病人與醫療院所多贏的行動
  - 落實全人照護, 提高醫療品質
  - 穩住健保點值, 減少血汗醫院
  - 提高病患服務滿意度
  - 提升醫院優良形象



# 聘用專任戒菸衛教人員是符合成本的

## ■ 估算聘請專任辦理戒菸衛教之成本

- $36000\text{元} \div 100\text{元} = 360\text{人次/月}$ （戒菸衛教服務）
- $360\text{人次/月} \div 22\text{天} = \text{約16人次/天}$
- 市話費1元，每次電話追蹤或關懷成本=8.5元

## 院所實際還有醫療費用申報

- 戒菸**治療服務費**：250元 / 人次
- **個案追蹤費** $50\text{元} \times 2\text{次(3、6個月)} = 100\text{元/每人}$
- **論表現計酬** $50\text{元/每診次}$
- .....等



# 如何開辦醫療院所戒菸服務？

- 全民健康保險特約醫事服務機構
- 醫師須具有西醫專科醫師資格
- 醫師受過國民健康局核定辦理的戒菸治療訓練課程，並取得學分認證
- 填妥「醫療院所戒菸服務補助計畫」申請表，附上專科醫師證書影本、戒菸治療訓練證書影本和健保局特約醫事服務機構合約影本各一份，寄至「國民健康局戒菸治療管理中心」（10050台北市林森南路2號6樓之3）辦理
- 經審查合格並通知簽約成為戒菸特約醫院，開始提供戒菸治療服務。



# 已開辦醫療院所戒菸服務之合約醫療院所， 如何申請新增醫師？

- 填妥「醫療院所戒菸服務補助計畫」申請表，勾選「新增醫師」，連同該醫師之專科醫師證書影本和戒菸治療訓練證書影本一併寄至「國民健康局戒菸治療管理中心」（10050台北市林森南路2號6樓之3）辦理，詳情請洽電話：(02) 23510120轉14或17
- ??



# 服務量有無上限？

- 戒菸治療服務不列入全民健康保險就診次數，亦不在全民健康保險總額預算範圍
- 未辦理「戒菸治療服務品質改善措施」之醫療院所，提供戒菸服務之年度診次上限分別為：醫學中心—300診次/年；區域醫院180診次/年、地區醫院120診次/年、基層診所120診次/年、衛生所180診次/年（如有更動，以國民健康局公告為主）
- 申請獲同意辦理「戒菸治療服務品質改善措施」之醫療院所，則不受年度戒菸治療服務診次上限限制
- 申請時間：**每年1、4、7、10月**，逾期不受理



# 吸菸是人權？

---

- “身不由己” 絶非 自由
- “傷害自己” 絶非 人權
- 健康、自由 才是人權!!

