

立法院第8屆第3會期
社會福利及衛生環境委員會會議

菸害防制法第4條、第35條修正草案 書面報告

報告人：行政院衛生署署長 邱文達
報告日期：中華民國102年5月30日

目 錄

菸害防制法第 4 條、第 35 條草案書面報告……………3

菸害防制法第 4 條、第 35 條草案總說明及條文說明……………11

主席、各位委員女士、先生：

今天 大院第8屆第3會期社會福利及衛生環境委員會暨財政委員會召開全體委員聯席會議，^{文達}承邀列席報告，深感榮幸。

為防制菸品之危害，維護國民健康是衛生署的職責。今天關於行政院擬具菸害防制法第4條、第35條修正草案部分，將菸品健康福利捐每包調高20元，提出本署說明，敬請各位委員不吝指教：

壹、背景說明

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：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。

經本署評估，結果如下：

- 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：

菸品是危害健康的頭號殺手，菸害嚴重損及國人健康與社會生產力，10大死因中，有6個直接與吸菸有關，另4個與吸菸間接有關，99年約2萬人死於菸害，每25分鐘就有1人死於菸害，其中癌症居首位，占50%（肺癌57%、口腔和咽癌佔22%），其次為心血管疾病為28%、呼吸道疾病為22%。依世界銀行估計，菸害導致的額外費用支出，約占各國醫療總花費的6-15%。我國可歸因於菸害之經濟成本約1,441億元（直接國民醫療保健支出約534億元，間接生產力損失約907億元），占全國GDP之1.06%。

依據美國疾病管制局的資料顯示，吸菸者死於肺癌（氣

管、肺、支氣管癌)、喉癌、口腔和咽癌(唇、口腔及咽部癌)的風險，高達不吸菸者的10倍以上(女性不吸菸者死於口腔和咽癌為5.1倍)，其中男性肺癌更可達23倍之多；食道癌可達7-8倍；膀胱癌、腎臟及腎盂癌、胰臟癌則為2-3倍。有關心血管疾病方面，吸菸者死於主動脈瘤的風險是不吸菸者的6-7倍；死於腦血管疾病(35-64歲)、冠狀動脈心臟病(35-64歲)、粥狀動脈硬化的風險為2-4倍。另於呼吸道疾病，吸菸者死於支氣管炎、肺氣腫，或是慢性呼吸道阻塞的風險更是不吸菸者的10倍以上。

又依美國疾病管制局的資料顯示，暴露於家庭二手菸者，其罹患肺癌、心臟病、中風死亡的機率，是沒有暴露於家庭二手菸者的1.24-1.66倍，亦會造成低體重兒、嬰兒猝死症、氣喘發作、中耳炎、肺炎、白血病等其他危害。

二、菸品消費量及吸菸率：

和OECD各國15歲以上男女每日吸菸盛行率比較，我國男性吸菸率仍高達英美的1.5-2倍，青少年吸菸率亦居高難下，與菸價偏低有關。世界衛生組織建議課徵菸品稅捐以提高菸價，可預防青少年吸菸及減少成人吸菸。

(一)成人吸菸率下降趨緩，青少年吸菸率仍高：98年調漲10元菸捐，成人吸菸率立即由97年21.9%下降至98年20.0%，降幅達一成，成效顯著。惟之後下降趨緩，99年吸菸率為19.8%，100年為19.1%，101年18.7%；青少年吸菸率雖勉力穩住，但下降尚不明顯。顯見歷年菸捐調漲對於吸菸者吸菸量之下降，僅具短期效果，必須持續調漲，才能讓菸品使用量繼續下降。

(二)弱勢族群受菸害傷害深：98年菸捐由10元調至20元，比較25-39歲男性吸菸率在97-100年間變化，國中以下教育程度者，吸菸率由72.7%降到58.1%，降幅高達兩成，降幅最大。(高中職程度者，由55.5%降到51.3%；大專以上教育程度者，由27.8%降到25.7%，皆僅下降原本之7.6%。)

三、菸品稅捐占平均菸品零售價之比率：

(一)我國每包菸之平均菸價為70元，比泰國77元、馬來西亞99元還低，與中國大陸68元接近，僅為新加坡的1/4、美國和香港的1/3。若調整購買力再比較，則連中國大陸都比臺灣貴。

(二)世界銀行建議菸品稅捐應佔菸價的67%-80%，我國目前僅約54%，若欲達最低標，尚須調高至少27.6

元。欲達馬來西亞菸價（99 元），至少須調高 29 元。

四、國民所得及物價指數：

根據主計處推估，100 年菸品消費僅占國民消費支出 0.81%，菸品價格調高對物價指數影響甚小，且菸品非其他商品或生產之原料，亦非生活必需品。

五、其他影響菸品價格及菸害防制之相關因素：

（一）菸商於 101 年 3 月至 102 年 4 月間已陸續調漲菸價，國產、進口菸品陸續調漲每包 5 元，皆顯示菸價仍有上升空間。

（二）依本署國民健康局 102 年菸品健康福利捐調漲之民意調查，針對 20 歲以上民眾，直接詢問贊不贊成將目前 20 元的菸品健康福利捐調高，有 62.1% 民眾贊成；再進一步說明菸品健康福利捐之用途為補助經濟弱勢者保費、補助戒菸、提高癌症和偏遠地區患者的醫療品質，贊成調漲之比率增加至 82.6%（非吸菸者 86.7%；吸菸者 46.0%）。可見大多數民眾支持調高菸捐、用於健康福利，而其中高達 73.6% 受訪者支持調高 20 元或以上金額。

綜上 5 項評估，本署業於 100 年 8 月、101 年 9 月召開「菸品健康福利捐評估會議」，經委託研究評估及各領域專家討論，基於國際菸價現況與菸害防制目標，我國菸價過低、稅捐佔菸價比率亦過低，實有大幅調漲菸捐之必要；惟，實務面無法一步到位，宜採分階段逐步實施，此次建議每包調高 20 元。另，100 年 9 月、102 年 2 月及同年 4 月召開「菸品健康福利捐調整座談會」。

貳、菸捐辦理成效

依菸害防制法第 4 條第 4 項規定，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、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。

另依「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 1%，由行政院農業委員會依年度，預算程序編列，其餘額依下列比率分配之：70% 供全民健康保險之安全準備、5.5% 供癌症防治之用、

4%供提升預防醫學與臨床醫學醫療品質之用、2.5%供補助醫療資源缺乏地區之用、2%供罕見疾病等之醫療費用之用、6%供補助經濟困難者之保險費之用、3%供中央與地方菸害防制之用、3%供中央與地方衛生保健之用、3%供中央與地方社會福利之用、1%供中央與地方私劣菸品查緝及防制菸品稅捐逃漏之用。

承上，菸捐為專款專用，取之於菸害，用之於健康，讓民眾直接受益，成效包括：推動菸害防制，建構無菸環境及預防青少年吸菸：將成人吸菸率由97年的21.9%降至101年的18.7%，減少47萬人吸菸，公共場所二手菸暴露率亦降至8%。在婦幼方面，菸捐每年提供120萬人次以上兒童接種疫苗、152萬小學生口腔保健服務。補助罕見疾病患者及發展遲緩兒童醫療保健服務，嘉惠1.7萬人。強化少子化婦幼照護，推出新補助項目，包括新生兒聽力篩檢、孕婦乙型鏈球菌篩檢等，受患者達41萬多人次。在成人健康方面，用菸捐推動癌症篩檢，101年就因而篩檢226萬人次，成功搶救3萬人的生命另，補助設立8家癌症卓越研究中心。為因應高齡化社會，菸捐亦用於強化老人健康促進與慢性病防治，包括：辦理肥胖防治、檳榔防制、三高慢性病防治、高齡友善城市、健康城市、健康職場、健康促進學校、健康促進醫院等，落實預防勝於治療之工作。菸捐也用於補助縣市衛生保健工作，占各縣市保健業務10%-98%（有15縣市達50%以上），並補助17偏鄉醫院成立24個急重症照護中心，有效提升醫療品質和偏遠地區照護。在社會福利方面，菸捐支撐了全國所有公立（13家）收容機構之業務，使失依的老人、兒童、身心障礙者得到適宜且持續的照顧。另更補助44.6萬名經濟困難者健保費。同時每年挹注健保200億元以上，分擔一部分因吸菸造成的健保損失。同時，也加強查緝菸品走私，計查獲私劣菸品1,343餘萬包，市價6億489萬餘元，強化菸害防制，減少菸品走私，改善社會治安與貿易秩序。

參、預期成效

依國民健康局2007年委託研究之估計，菸捐調漲20元，約可再減少15.45%菸品消費量及16%吸菸率，吸菸人口約可減少60萬人。若稅捐合計調高25元，預期可降低約21%吸菸率、減少74萬名吸菸人口，長期社會效益可達2,960億。

肆、防制走私有賴嚴格查緝

有關調高菸品稅捐，可能相對提高走私的誘因，惟將補助更多查緝管理經費，支持相關配套。國際經驗顯示，搭配有力之查緝管理工作，可將走私菸品在市場所占比率降至合理

範圍，將高菸價之影響控制到最低。例如：英國為高菸價(10.99美元)國家，但走私菸僅占1.5%。西班牙(菸價5.99美元)、義大利(6.48美元)菸價雖低於英國，走私菸卻分別占15%、11.5%。西歐菸價為國際最高，但走私菸數量仍控制在7%左右，亦比東歐(13%)、非洲與中亞(12%)低。若調高菸捐，有更充足經費加強查緝，不僅可防堵非法走私菸品，亦可同時查緝其他非法走私物品，有助改善整體貿易秩序。

另根據國民健康局100年調查發現，我國僅4%吸菸者表示過去一年曾購買水貨；102年調查亦顯示，每包菸購買價格低於50元(即可能購買免稅菸或走私菸)的民眾占6.4%，與西歐接近，顯見我國在走私菸品之查緝上有相當成效。

綜上，我國菸品健康福利捐確實有調高之必要。菸捐取之於菸害，用之於健康，提高菸捐除可直接降低吸菸率，亦可用於防治菸害造成之肺癌、口腔癌、肺炎、慢性下呼吸道疾病、高血壓性疾病、中風與冠狀動脈心臟病等，以及少子化、高齡化與醫療衛生相關之改革與福利措施，減菸害、增健康，可說創造了人民與政府多贏的局面。爰擬具「菸害防制法第4條、第35條」修正草案。

伍、行政院版本重點

本修正草案，計二條，其要點如下：

- 一、將菸品健康福利捐金額，提高為每千支(公斤)新臺幣2千元(即每包40元)，以增進以價制量效果，並將調高菸品健康福利捐所課徵之捐費，投諸更多元之照顧及服務，期發揮加乘效果，加速降低吸菸率，以確實保障國人健康。(修正條文第四條)
- 二、本次修正第四條調高菸品健康福利捐，涉及諸多行政配套措施之整備，爰修正第三項授權行政院另定施行日期。(修正條文第三十五條)

菸害防制法第四條、第三十五條修正草案總說明

菸害防制法（以下簡稱本法）於八十六年三月十九日公布，並於同年九月十九日施行後，歷經三次修正。依本法第四條規定，菸品健康福利捐應每二年評估一次，認有調高必要時，應報請行政院核定，並送立法院審議；鑑於菸品健康福利捐自九十八年六月一日由每包菸新臺幣十元調高為二十元，迄今已近四年，成人吸菸率九十七年至九十八年降幅達一成，成效顯著。惟九十九年至一百年下降趨勢漸緩，且我國男性吸菸率為英美之一點六倍，三十一歲至五十歲青壯年吸菸率高達百分之四十以上，對國家生產力影響甚大；其中，尤以青少年情況令人憂心，其吸菸率尚未明顯下降，顯示目前市售菸品之價格，尚不足以發揮以價制量，降低菸品消費之效果。

復考量世界銀行有關菸品稅捐應占菸品零售價格百分之六十七至八十之建議，世界衛生組織菸草控制框架公約亦要求締約方應透過提高菸價以有效控制菸品消耗量，我國菸價嚴重偏低，甚至比國民所得遠低於臺灣之泰國、馬來西亞更低，與大陸相近，嚴重偏低，結果導致青少年及弱勢族群吸菸率仍高，實有調漲菸捐之必要。

經衡酌可歸因於吸菸之疾病罹病率、死亡率、全民健康保險醫療費用、菸品消費量、吸菸率、菸品稅捐占平均菸品零售價之比率、國民所得及物價指數與其他影響菸品價格及菸害防制之相關因素，爰擬具「菸害防制法」第四條、第三十五條修正草案，提高菸品健康福利捐，以增進以價制量效果，並將調高菸品健康福利捐所課徵之捐費，投諸於更多元之照顧及服務，期發揮加乘效果，加速降低吸菸率，以確實保障國人健康。

菸害防制法第四條、第三十五條修正草案條文對照表

修正條文	現行條文	說明
<p>第四條 菸品應徵健康福利捐，其金額如下：</p> <p>一、紙菸：每千支新臺幣<u>二</u>千元。</p> <p>二、菸絲：每公斤新臺幣<u>二</u>千元。</p> <p>三、雪茄：每公斤新臺幣<u>二</u>千元。</p> <p>四、其他菸品：每公斤新臺幣<u>二</u>千元。</p> <p>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：</p> <p>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。</p> <p>二、菸品消費量及吸菸率。</p> <p>三、菸品稅捐占平均菸品零售價之比率。</p> <p>四、國民所得及物價指數。</p> <p>五、其他影響菸品價格及菸害防制之相關因素。</p> <p>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。</p>	<p>第四條 菸品應徵健康福利捐，其金額如下：</p> <p>一、紙菸：每千支新臺幣一千元。</p> <p>二、菸絲：每公斤新臺幣一千元。</p> <p>三、雪茄：每公斤新臺幣一千元。</p> <p>四、其他菸品：每公斤新臺幣一千元。</p> <p>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：</p> <p>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。</p> <p>二、菸品消費量及吸菸率。</p> <p>三、菸品稅捐占平均菸品零售價之比率。</p> <p>四、國民所得及物價指數。</p> <p>五、其他影響菸品價格及菸害防制之相關因素。</p> <p>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。</p>	<p>一、世界衛生組織認為提高菸價為全球慢性病防治最具成本效益最佳策略之一。我國男性吸菸率仍高達百分之三十三點五，其中年輕男性甚至有近一半吸菸，遠高於新加坡(百分之二十四點九)、挪威(百分之二十二點五)、紐西蘭(百分之十九)及香港(百分之十九點九)，與菸價過低有關。</p> <p>二、鑑於菸品健康福利捐自九十八年六月一日由每包菸新臺幣十元調高為二十元，迄今已近四年，成人吸菸率初期由九十七年百分之二十一點九下降至九十八年百分之二十，降幅達一成，成效顯著。惟九十九年吸菸率為百分之十九點八，一百年為百分之十九點一，下降趨勢漸緩，且我國男性吸菸率為英美之一點六倍，三十一歲至五十歲的青壯年吸菸率高達百分之四十以上，對國家生產力影響甚大；其中，尤以青少年情況令人憂心，其</p>

<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>吸菸率雖勉力穩住，未大幅上揚，然亦尚未明顯下降，顯示目前市售菸品之價格，尚不足以發揮以價制量，降低菸品消費之效果。</p> <p>三、我國菸價極低，較泰國、馬來西亞還低，與大陸接近，至於挪威、紐西蘭之菸價，則高達臺灣六點五倍與四點五倍。世界銀行建議菸品稅捐應占菸價百分之六十七至八十，我國目前僅約百分之五十四，尚有調整空間。</p> <p>四、鑑於菸品健康福利捐調漲，能於短期間內減少菸品消耗量，減少青少年、弱勢族群遭受菸害，更見成效，爰修正第一項各款酌調金額。</p> <p>五、其餘各項未修正。</p>
<p>第三十五條 本法自公布後六個月施行。</p> <p>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。</p> <p>本法中華民國九十八年一月十二日及○年○月○日修正之第四條條文，其施行日期，由行政院定之。</p>	<p>第三十五條 本法自公布後六個月施行。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>一、現行第一項及第二項未修正。</p> <p>二、為配合主管機關宣導所需時間，且本次修正第四條調高菸品健康福利捐，涉及諸多行政配套措施之整備，爰修正第三項授權行政院另定施行日期。</p>

