

立法院第 8 屆第 5 會期
財政委員會第 5 次全體委員會議

公允合理調整課徵菸品健康福利捐
暨其調整對國民健康之效果

報告人：衛生福利部部長 邱文達
報告日期：中華民國103年3月31日

主席、各位委員女士、先生：

今天 大院第8屆第5會期財政委員會第5次全體委員會議，
^{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福利部的職責。今天關於調整課徵菸品健康福利捐暨其調整對國民健康之效果，提出本部說明，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。

依菸害防制法第 4 條規定，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%、口腔和咽癌占 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高出 20%~60%，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，為菸害防制最有效策略，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) 世界衛生組織建議，菸品稅捐應占菸價的 70%，我國目前僅約 54%，若欲達最低標，尚須調高至少 36.7 元。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 7 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) 依本部國民健康署 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，本部業於 100 年 8 月 24 日、101 年 9 月 11 日召開「菸品健康福利捐評估會議」，經委託研究評估及各領域專家建議：基於國際菸價現況與菸害防制目標，我國菸價過低、稅捐占菸價比率亦過低，實有大幅調漲菸捐之必要；惟，實務面無法一步到位，宜採分階段逐步實施，此次建議每包調高 20 元。另，100 年 9 月 7 日、102 年 2 月 22 日及同年 4 月 19 日召開「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 102 年的 18.0%，減少 54 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，受惠者達 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

戒菸是最可預防致病及早逝的單一因子。國際知名流病學者 Richard Doll 就英國 3 萬多名醫師達半世紀的世代追蹤研究指出，吸菸者約半數會死於吸菸的習慣、其中年死亡率為不吸菸者的三倍；若吸菸者在 30 歲、40 歲、50 歲或 60 歲戒菸成功，預估分別可延長 10 年、9 年、6 年或 3 年的平均餘命，故戒菸確實可有效降低因吸菸導致死亡的危險性。

戒菸有立即的健康效益，戒菸 20 分鐘，心跳及血壓恢復正常；戒菸 8 小時，血液尼古丁和一氧化碳濃度減半；戒菸 24 小時，一氧化碳排除；戒菸 48 小時，體內無尼古丁，味覺和嗅覺改善，肺功能改善；戒菸 2-12 週，血液循環大幅改善；戒菸 3-9 個月，減少咳嗽、哮喘等呼吸問題，肺功能增加 10%；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。

本次若調漲菸捐 20 元及菸稅 5 元，估計菸捐收入約增加

240 億元，依國民健康署 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

調高菸品稅捐，可能相對提高走私的誘因，查緝工作也會更辛苦，因此將持續補助更多查緝管理經費，支持相關配套。過去菸捐分配 1%(約 3 億)用於加強查緝走私。國民健康署 100 年調查發現，我國吸菸者表示過去一年曾購買水貨者僅 4%;102 年調查亦顯示，國人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，其比率約在 6.4%。依國際經驗顯示，走私菸可透過嚴格查緝有效管控，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。

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，亦將用於發展長照服務體系，以及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。