

臺灣建立全面性的戒菸服務體系

衛生福利部國民健康署
健康教育及菸害防制組
羅素英組長



大綱

- WHO FCTC 第14條
- 菸品危害及戒菸效益
- 戒菸服務沿革
- 以實證為基礎之戒菸服務
- 臺灣戒菸服務成效
- 未來展望



WHO FCTC 第14條



實踐「菸草控制綱要公約」與 MPOWER 策略

Monitor【監測】：

Monitor tobacco use and prevention policies.

長期監測吸菸率與政策

Protection【保護】：

Protect people from tobacco smoke. 禁菸與
無菸環境

Offer【提供】：

Offer help to quit tobacco use. 提供各類型戒
菸服務

Warning【警示】：

Warn about the dangers of tobacco. 菸品容器
健康警示圖文

Enforce【強制】：

Enforce bans on tobacco advertising,
promotion and sponsorship. 禁止菸品廣告、
促銷與贊助

Raise【提高】：

Raise taxes on tobacco. 課徵菸稅與健康福利
捐

	Data not reported
	None
	NRT* and/or some cessation services** (neither cost-covered)
	NRT* and/or some cessation services** (at least one of which is cost-covered)
	National quit line, and both NRT* and some cessation services** cost-covered

* Nicotine replacement therapy.

** Smoking cessation support available in any
of the following places: health clinics or other
primary care facilities, hospitals, office of a
health professional, the community.



落實WHO FCTC 第14條Guideline

- 應以實證為基礎及考量國家現況規劃戒菸服務體系，並採取有效策略推展戒菸服務。
 - 於**各場所**(如學校、醫療單位、工作及運動場所)規劃與執行有效的**戒菸服務計畫**；
 - 將戒菸**藥物治療**與**衛教服務**納入國家衛生與教育之計畫，使各類醫事人員、社工人員及社區工作者共同參與；
 - 在各個醫療單位規劃戒菸藥物治療與衛教服務，並促進戒菸服務(包含藥物)之**可近性**與**可及性**
- 增加服務可近性，提供**可負擔**的、**多元化的**戒菸服務，並**普及**至全國鄉鎮市區與場所。





菸品危害及戒菸效益

一手菸、二手菸都有害

一手菸

相對危險性

死因

男性

女性

癌症

氣管、肺、支氣管癌

23.3

12.7

喉癌

14.6

13.0

唇、口腔及咽部癌症

10.9

5.1

食道癌

6.8

7.8

膀胱癌

3.3

2.2

腎臟及腎盂癌症

2.7

1.3

胰臟癌

2.3

2.3

心血管疾病

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

呼吸道疾病

支氣管炎、肺氣腫

17.1

12.0

慢性呼吸道阻塞

10.6

13.1

二手菸

相對危險性

死因

男性

女性

暴露家庭二手菸者

肺癌

1.24

1.24

冠狀動脈心臟病

1.30

1.30

腦血管疾病

1.65

1.66

暴露職場二手菸者

肺癌

1.24

1.24

冠狀動脈心臟病

1.21

1.21

腦血管疾病

1.65

1.65

二手菸之其他危害:

低體重兒, 嬰兒猝死症, 氣喘發作, 中耳炎, 肺炎, 白血病, ...

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)



吸菸容易造成冠狀動脈心肌梗塞

抽菸會造成冠狀動脈心肌梗塞，民眾多不知！

27.7%吸菸者於罹患冠狀動脈心肌梗塞後仍持續吸菸，罹患第二次冠狀動脈心肌梗塞的機率是不吸菸者的2.8倍！

TABLE 1. Number and percentage of cases and controls in each category according to smoking status

	Cases	Controls
Nonsmoker before and after first AMI	51 (37.2%)	54 (39.4%)
Quit smoking after first AMI	48 (35.0%)	67 (48.8%)
Continued smoking after first AMI	38 (27.7%)	16 (11.7%)
Total	137 (100%)	137 (100%)

AMI: acute myocardial infarction.

TABLE 3. Odds ratio (OR) and 95% CI of a second myocardial infarction after a first myocardial infarction according to smoking status (yes/no)

	OR (95% CI)
Crude analysis ^a	2.83 (1.47-5.47)
Adjusted for lifestyle ^b	2.96 (1.47-5.95)
Further adjusted for drug therapy ^c	3.20 (1.56-6.56)
Further adjusted for family and personal history ^d	2.80 (1.35-5.80)

^aPaired by age, sex, hospital, interviewing doctor and duration of secondary prevention period. ^bAdjusted for walking, dietary changes and compliance with recommendations after a first myocardial infarction. ^cFurther adjusted for drug therapy (antihypertensive drugs, cholesterol lowering drugs and antidiabetic agents). ^dFurther adjusted for family history of coronary heart disease and for the presence of high blood pressure, dyslipidemia and diabetes.

資料來源：Serrano M, et al. Smoking Cessation and Risk of Myocardial Reinfarction in Coronary Patients: A Nested Case-Control Study

戒菸可遠離冠狀動脈心肌梗塞

罹患冠狀動脈心肌梗塞後戒菸者，再次罹患冠狀動脈心肌梗塞的機率與不吸菸者相同（0.9倍），若罹病後仍持續吸菸，再次罹病的機率是發病後戒菸者的2.9倍！

TABLE 4. Measures of association (OR and 95% CI) for reinfarction in patients who quit smoking vs nonsmokers and patients who continued smoking vs those who quit

	Quit smoking vs nonsmokers	Continue smoking vs quit smoking
Crude analysis ^a	0.82 (0.47-1.42)	3.06 (1.53-6.13)
Adjusted for lifestyle ^b	0.86 (0.48-1.53)	3.13 (1.50-5.53)
Further adjusted for drug therapy ^c	0.89 (0.48-1.66)	3.34 (1.57-7.08)
Further adjusted for family and personal history ^d	0.90 (0.47-1.71)	2.90 (1.35-6.20)

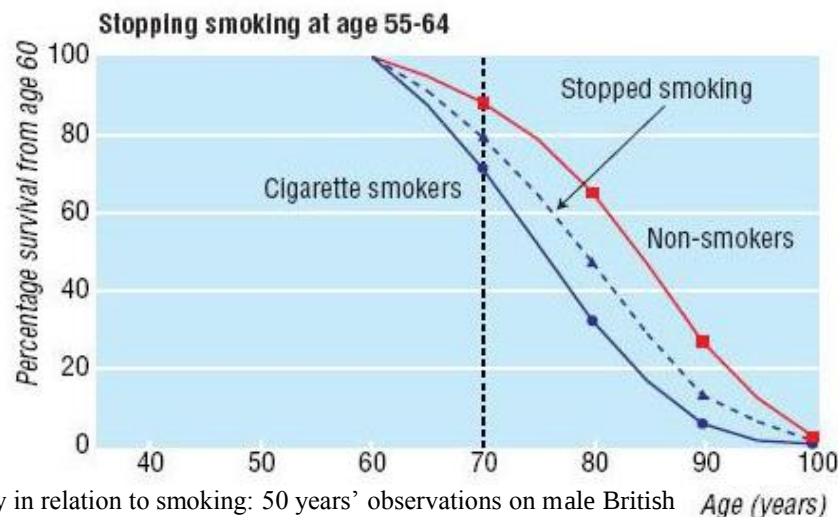
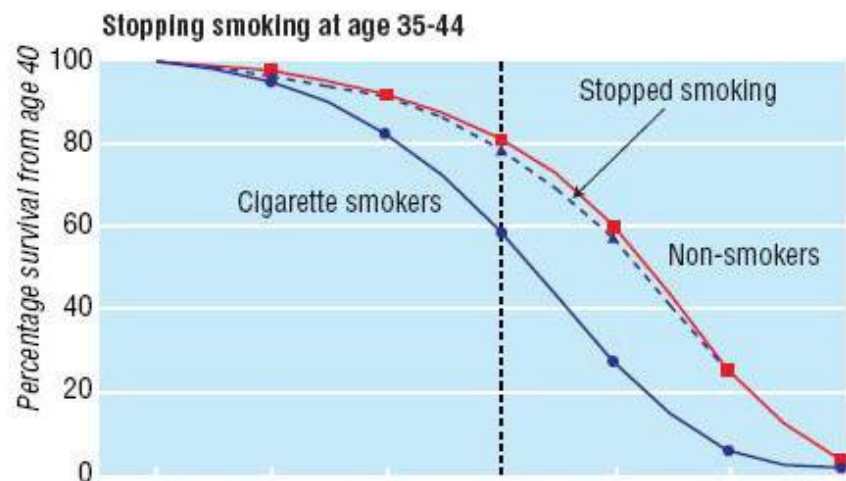
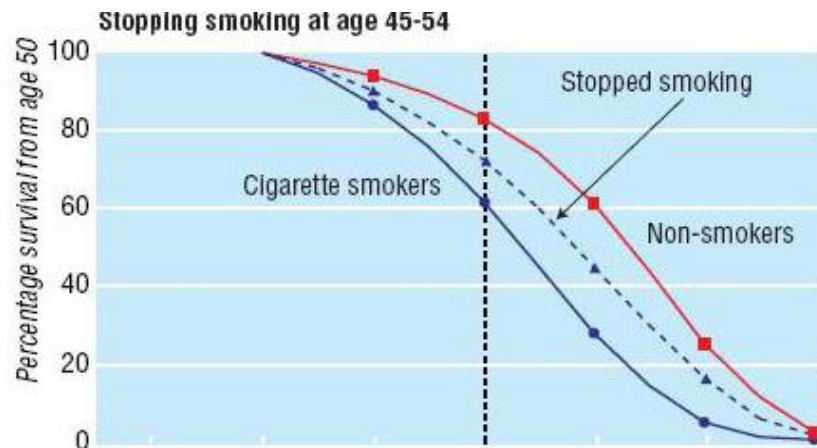
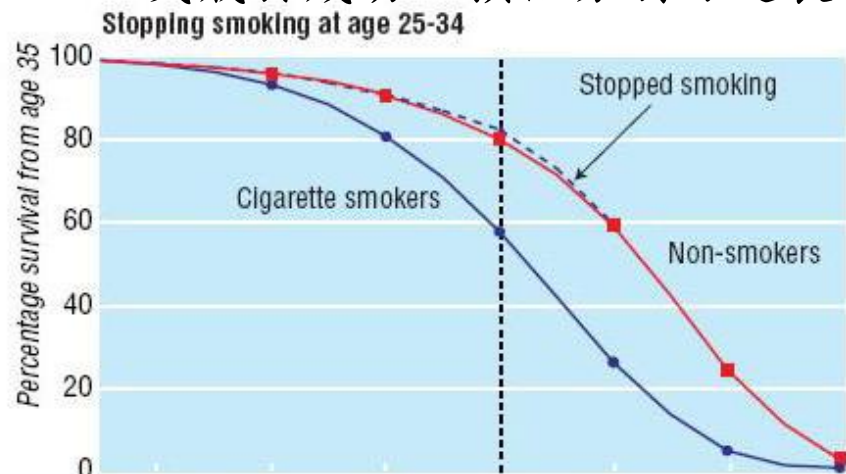
^aPaired by age, sex, hospital, interviewing doctor and duration of secondary prevention period. ^bAdjusted for walking, dietary changes and compliance with recommendations after a first myocardial infarction. ^cFurther adjusted for drug therapy (antihypertensive drugs, cholesterol lowering drugs and antidiabetic agents).

^dFurther adjusted for family history of coronary heart disease and for the presence of high blood pressure, dyslipidemia and diabetes.

資料來源：Serrano M, et al. Smoking Cessation and Risk of Myocardial Reinfarction in Coronary Patients: A Nested Case-Control Study

越早戒菸，效果越好；再晚戒菸，都還是有幫助

吸菸、戒菸者及不吸菸者之存活曲線：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。



資料來源: BMJ, doi:10.1136/bmj.38142.554479.AE (published 22 June 2004) Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors, Richard Doll, Richard Peto, Jillian Boreham, Isabelle Sutherland

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** (效益多於糖尿病、高血壓、高血脂)。
- **戒菸，立刻就有效益：**
 - 只要開始停止吸菸，體內的尼古丁、一氧化碳與菸焦油就開始排出，不再堆積
 - 戒菸20分鐘，心跳及血壓恢復正常
 - 戒菸3-9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
- 每位接受門診戒菸治療服務的成功者，戒菸前後6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**。





戒菸服務沿革

戒菸服務沿革

項目	2002	2003-2004	2005	2006	2012.3	2012.9	2014.5	2015.11
醫事人員	家醫科 / 內科	家醫科 / 內科 精神科		專科醫師		專科醫師 藥師 戒菸衛教師	專科醫師 牙醫師 藥事人員 戒菸衛教師	
療程	每年 1 療程 (8 週)				每年 2 療程 (每療程 8 週)			
場域	門診				門診 / 住院 / 急診	門診 / 住院 / 急診 / 藥局		
診察費補助	250 元 / 次	350 元 / 次			250 元 / 次			
藥品費補助	250 元 / 週	400 元 / 週		250 元 / 週	依公告額度補助 利用者比照一般健保用藥繳部分負擔 (醫療資源缺乏地區再減免 20% ; 低收入戶、山地暨離島地區全免)			依公告額度補助 利用者比照一般健保用藥繳部分負擔 (醫療資源缺乏地區再減免 20% ; 原住民、低收入戶、山地暨離島地區全免)
	- 低收入戶：500 元 / 週							
孕婦轉介費	-				00 元 / 每次懷孕			
戒菸衛教費		-			100 元 / 次			
個案追蹤費		-			50 元 / 次			

一代戒菸服務

二代戒菸服務



一代戒菸的限制與困境

- 自91年9月開辦「門診戒菸治療試辦計畫」，至101年2月約10年半的辦理期
 - 總計服務47萬5,281人，平均4萬3,207人/年，涵蓋約1.4%之吸菸者（英國戒菸服務涵蓋率為6%）
 - 6個月點戒菸成功率23.9%，推估每年戒菸成功人數約1萬人
- 經濟障礙：每週定額補助250元戒菸藥品費，推估民眾每週仍可能需自行負擔550-1,250元不等費用，社經階層較低者無力負擔，減少就診動機
- 地理障礙：合約院所家數有限，形成地理障礙，降低民眾就診意願

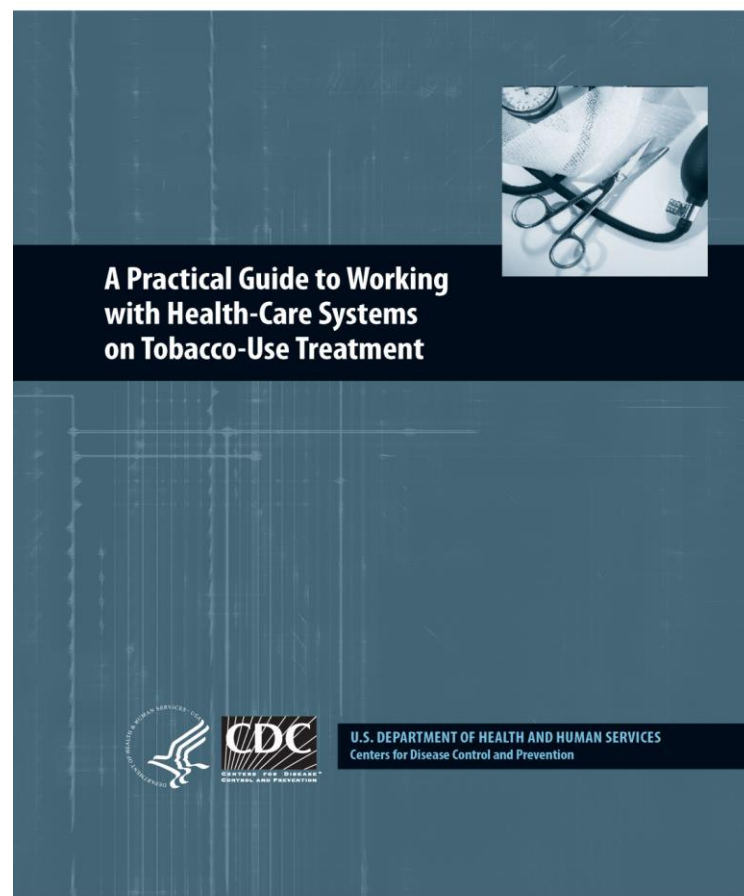


以實證為基礎之戒菸服務



戒菸治療臨床指引

- 參考美國健康及人類服務部（Department of Health and Human Services, DHHS）所出版2008年戒菸治療臨床指引（Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update.）



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	1.0	8.9
Individuals with the benefit	3	<u>介入比率</u> 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	1.0	30.5
Individuals with the benefit	3	<u>嘗試戒菸比率</u> 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	6.7
Individuals with the benefit	3	<u>成功率</u> 1.6 (1.2–2.2)	10.5 (8.1–13.5)

政策轉譯：戒菸藥費由菸捐補助，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

(醫資缺乏地區可再減免20%；原住民、低收入戶、山地暨離島地區全免)

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)^a

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1個會成功戒菸；扣除不建議就會戒的，需要建議50個才有1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。**

政策轉譯：戒菸醫師及牙醫師人力訓練、無菸醫院推廣、無菸醫院服務品質提升計畫

臨床介入強度－每次諮商長度

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

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

政策轉譯：支付戒菸衛教按成功率加成給付

時間與次數

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

政策轉譯：額外支付8次戒菸衛教費用，每次100元



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；團隊講比個人講有效

政策轉譯：戒菸教戰手冊、專業醫事人員訓練

諮商與行為治療類型有助於成功戒菸

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)

政策轉譯：醫療專業人員社會支持、
醫師、牙醫師戒菸衛教進階課程(12小時+實習)
戒菸衛教教師培訓(48小時含實習)

長效貼片，需要時搭配口嚼錠，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) + <i>ad lib</i> 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)

政策轉譯：支付合併用藥(如貼片+口嚼錠)、
戒菸藥費之設計考量單位成本之成功率



合併用藥 與 單獨貼片比

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)

合併尼古丁替代藥物使用，效果較好

政策轉譯：支付合併用藥(如貼片+口嚼錠)、
戒菸藥費之設計考量單位成本之成功率



使用OTC尼古丁貼片可提升戒菸成功率

Table 6.30. Meta-analysis (2000): Effectiveness of and estimated abstinence rates for OTC nicotine patch therapy (n = 3 studies)^a

OTC therapy	Number of arms	Odds Ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
Placebo	3	1.0	6.7
OTC nicotine patch therapy	3	1.8 (1.2–2.8)	11.8 (7.5–16.0)

政策轉譯：自101年9月起開放合約藥局藥師給予指示用藥

藥物 + 諮商 比 藥物 有效

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)^a

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)

政策轉譯：藥費依公告額度補助＋戒菸衛教暨個案管理費



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)^a

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)

**政策轉譯：藥費依公告額度補助 + 戒菸衛教暨個案管理費、
補助孕婦轉介(戒菸專線)費**



孕婦

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

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)

政策轉譯：對於不能用藥之孕婦，採戒菸衛教，並加以給付





青少年，諮商

Table 7.4. Meta-analysis (2008): Effectiveness of and estimated abstinence rates for counseling interventions with adolescent smokers (n = 7 studies)^a

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)

政策轉譯：對於不能用藥之青少年，採戒菸衛教，並加以給付



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^{a,b}

Highest 5A's tobacco-cessation service reported ^c	Asked for help with quitting			
	Yes		No 未要求戒菸協助	
	Very satisfied ^d % ± 2SE	n	Very satisfied ^d % ± 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

政策轉譯：鼓勵積極主動提供戒菸5A服務



做得越積極，病人滿意度越高

The association between patient-reported receipt of tobacco intervention at a primary care visit and smokers' satisfaction with their health care

Molly B. Conroy, Nicola E. Majchrzak, Susan Regan, Caroline B. Silverman, Louise I. Schneider, Nancy A. Rigotti

Table 3. Multivariate-adjusted odds of being very satisfied with overall health care and tobacco-related care, according to receipt of individual 5A smoking intervention steps. (已調整戒菸意願)

5A intervention step	Overall care					Tobacco-related care				
	Very satisfied 對整體照護滿意度 (percent)					Very satisfied 對戒菸服務滿意度 (percent)				
	Received 5A	Didn't receive 5A	Adjusted odds ratio ^a	95% Confidence interval	p value	Received 5A	Didn't receive 5A	Adjusted odds ratio ^a	95% Confidence interval	p value
Asked	80	57	2.6	1.4–4.6	.0014	59	22	5.4	2.6–11.2	<.0001
Advised	82 ↔ 42	42	5.5	3.1–9.6	<.0001	61 ↔ 13	13	8.5	3.9–18.6	<.0001
Assessed	82	59	3.4	2.1–5.3	<.0001	62	15	15.3	7.4–31.5	<.0001
Assisted	82	62	3.0	1.9–4.5	<.0001	65	15	15.5	8.4–28.4	<.0001
Arranged	89	72	3.5	2.0–6.2	<.0001	75	43	4.7	3.0–7.2	<.0001

^aAdjusted odds ratio (using logistic regression) for overall health status, stage of change/readiness to quit smoking, smoking intensity, age, education, race, and length of relationship with provider.

政策轉譯：鼓勵積極主動提供戒菸5A服務



住院、急診戒菸

住院：

Hospitalized patients Fiore MC et al: Treating Tobacco Use and Dependence:2008 update. Clinical Practice Guideline. U.S. Department of Health and Human Services

2007 Cochrane analyses³⁵⁷ revealed that intensive intervention (inpatient contact plus followup for at least 1 month) was associated with a significantly higher quit rate compared to control conditions (OR = 1.65; 95% CI = 1.44–1.90, 17 trials). Specific additional Cochrane findings:

- Posthospitalization followup appears to be a key component of effective interventions.
- No significant effect of medication was seen in this population. However, the effect sizes were comparable to those obtained in other clinical trials, suggesting that nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion SR may be effective in this population.
- Intervention is effective regardless of the patient's reason for admission. There was no strong evidence that clinical diagnosis of the medically comorbid condition affected the likelihood of quitting.

Interventions that have been shown to be effective in individual studies are: counseling and medication^{57,355,421–423} and other psychosocial interventions, including self-help via brochure or audio/videotape; chart prompt reminding physician to advise smoking cessation; hospital counseling; and postdischarge counseling telephone calls.^{424,425} Some data suggest NRT might not be appropriate in intensive care patients.³⁵⁸

民眾往往在生病時才意識到健康的重要性，住院期間戒菸動機強且治療效果佳，戒菸成功率為一般民眾1.65倍

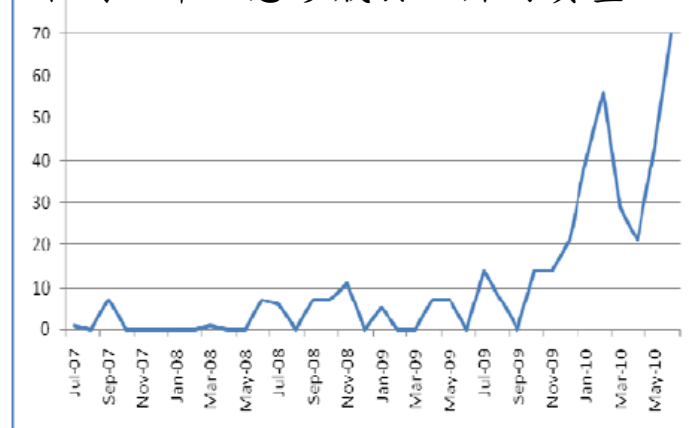
Regional Emergency Department Health target results

急診：

Month	Performance (percent smokers given advice)
July 2009	2
August	2
September	5
October	20
November	6
December	21
January 2010	42
February	59
March	49
April	60
May	62

Number of NRT patches ordered by Emergency Department each month between July 2007 and May 2010 in New Zealand

不到三年，急診戒菸貼片訂貨量0→70箱



紐西蘭的急診勸戒率不到一年由2%→62%提供戒菸服務

政策轉譯：合約醫療院所除門診外，住院、急診皆可戒菸



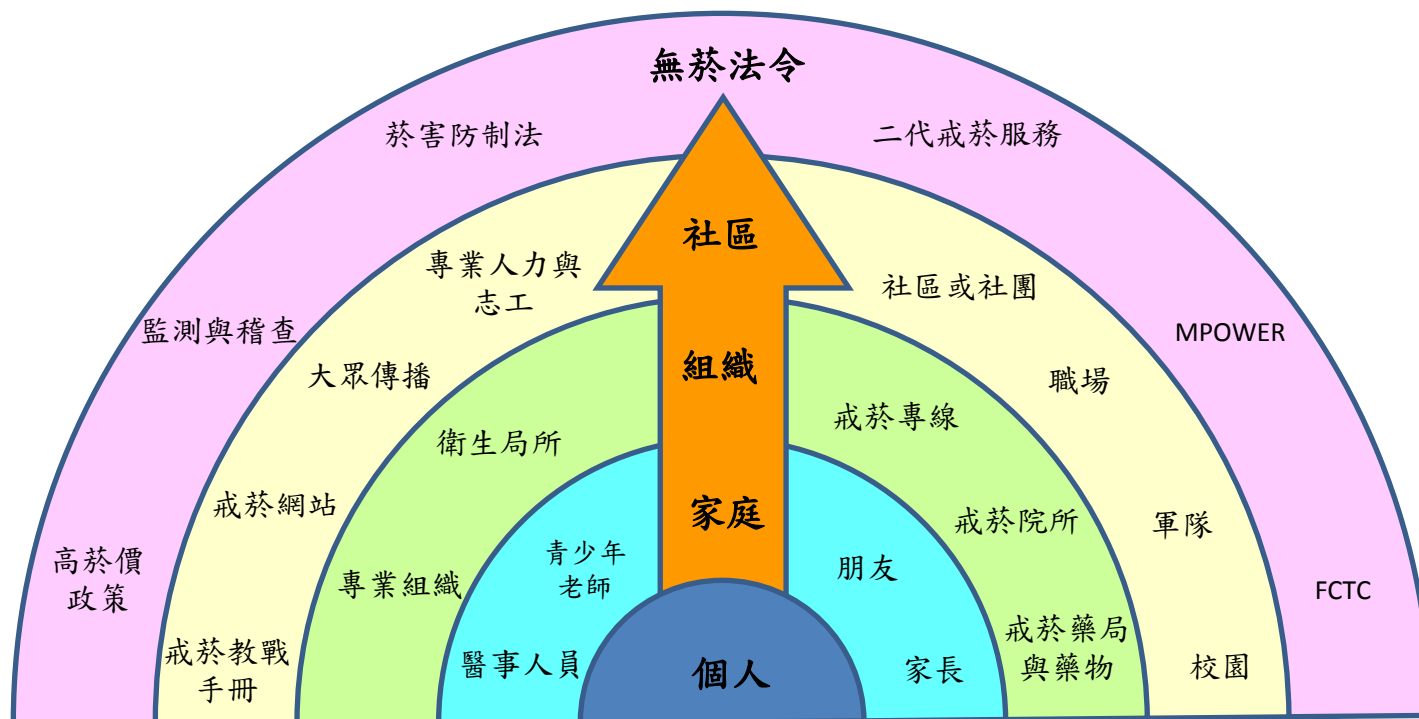
二代戒菸服務

- 「實施二代戒菸治療試辦計畫」為衛生福利部「建國百年衛生醫療改革計畫一百年衛生醫療十大近程改革計畫」其中一個子計畫（計畫編號3）
- 本計畫於101年1月公告，同年3月1日正式開辦

二代戒菸服務經費

- 二代戒菸服務經費來自**菸品健康福利捐**
- 每位服務利用者每年最高可補助約**2萬元**(含戒菸治療服務費、藥事服務費、戒菸藥品費、戒菸衛教暨個案管理費、戒菸個案追蹤費、品質獎勵費)，都是健保之外額外的財源，由國民健康署利用菸捐委託中央健康保險署代收代付，**支付費用點值每點1元**
- 依全民健保總額預算之費用控制，支付之點值為浮動而非固定(點值=預算/總服務點數)，服務愈多點值愈低，但總預算維持不變
 - 故鼓勵醫事人員參與二代戒菸預防保健服務，除可獲得健保額外給付，並可減少健保支出(民眾因戒菸更健康，減少就醫次數)，及間接提升健保支付點值

二代戒菸服務-多元戒菸服務網絡¹



二代戒菸服務-多元戒菸服務網絡²

戒菸治療醫師基礎訓練課程

7小時訓練課程

二代戒菸服務與菸害防制	1小時
尼古丁成癮及戒斷症候群	1小時
菸品的危害與戒菸的好處	1小時
治療菸品依賴的臨床技巧	1小時
戒菸的藥物治療	1小時
個案討論	1小時
「醫療院所戒菸服務補助計畫」說明	1小時

二代戒菸服務-多元戒菸服務網絡³

戒菸治療醫師教育訓練教材



▲二代戒菸治療教育課程基本教材



▲二代戒菸治療輔助手冊



▲二代戒菸治療醫師諮詢技巧手冊



▲戒菸治療醫師訓練上課情形

二代戒菸服務-多元戒菸服務網絡⁴

牙醫師參與戒菸服務訓練課程

9小時訓練課程

尼古丁成癮及戒斷症候群	50分鐘
菸品的危害與戒菸的好處	50分鐘
治療菸品依賴之臨床技巧	50分鐘
戒菸的藥物治療	50分鐘
吸菸與口腔健康	50分鐘
牙科醫師如何參與及協助戒菸	50分鐘
臨床個案分享：牙周病醫師的觀點	50分鐘
二代戒菸服務與菸害防制	40分鐘
「醫事機構戒菸服務補助計畫」說明	40分鐘
戒菸VPN申報說明	20分鐘



二代戒菸服務-多元戒菸服務網絡⁵

牙醫師訓練課程及手冊



▲牙醫門診戒菸醫師使用手冊



▲實務個案戒菸自助手冊



▲戒菸諮商技巧手冊



▲牙醫師參與戒菸服務訓練上課情形

二代戒菸服務-多元戒菸服務網絡⁶

藥事人員戒菸衛教師訓練

- 於社區提供方便、可近、專業的戒菸服務
- 3階段共49小時的訓練課程
 - 初階培訓課程
 - 進階培訓課程
 - 高階培訓課程



二代戒菸服務-多元戒菸服務網絡⁷

藥事人員戒菸衛教師訓練課程（49小時）

課程內容	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	菸害的認識及抽菸與疾病的相關性	1小時	戒菸介入之實證基礎與戒菸指引	1小時	戒菸藥物的評估與調整	1小時
	國內外菸害防治政策推展現況	1小時	如何引起個案戒菸動機及協助個案戒菸	1小時	戒斷症候群之處理-戒菸的誘惑與困難	1小時
	健康生活習慣與戒菸	1小時	戒菸諮詢技巧與案例解析	2小時	運動與體重控制	1小時
	拒菸、戒菸資源及轉介	1小時			自我形象與壓力處理	1小時
	戒菸衛教師在個案管理中的角色	1小時			電話戒菸諮詢技巧	1小時
	尼古丁的藥理與戒菸藥物的使用	1小時			二代戒菸服務與菸害防制	1小時
	戒菸的行為改變模式與策略	1小時			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
	CO測試儀操作指導	1小時			如何規劃戒菸及辦理衛教活動	1小時
					戒菸補助計畫說明-VPN	1小時
					社區藥局二代戒菸治療服務模擬演練及戒菸個案經驗分享	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	如何幫助個案堅持到底	3小時
					衛教師在個案用藥中之實務應用	3小時
課程實務訓練 15課程					戒菸專線	3小時
					戒菸班	6小時
					門診/藥局	3小時
					個案追蹤報告2位，每位至少諮詢3次	3小時

二代戒菸服務-多元戒菸服務網絡⁸

藥事人員教育訓練教材



▲戒菸自我照護教材



▲藥事人員戒菸諮詢手冊



▲二代戒菸DM



▲藥事人員戒菸衛教課程上課情形

二代戒菸服務-多元戒菸服務網絡⁹

戒菸衛教人員訓練

- 下列人員受過戒菸衛教人員訓練課程認證，並與本署簽約後方可提供戒菸衛教服務：
 - 護理師
 - 心理師
 - 營養師
 - 其他相關醫事人員
 - 社會工作師

二代戒菸服務-多元戒菸服務網絡¹⁰

戒菸衛教人員訓練課程（49小時）

課程內容	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 24小時	菸害的認識及抽菸與疾病的相關性	1小時	戒菸諮詢與溝通技巧與案例解析	1小時	二代戒菸服務與菸害防制	1小時
	國內外菸害防治政策推展現況	1小時	如何幫助個案堅持到底預防復吸	1小時	戒菸介入之實證基礎與戒菸指引	2小時
	健康生活習慣與戒菸	1小時	成功規劃戒菸班課程及教材	1小時	戒菸藥物療：藥物治療常見問題與對策	1小時
	拒菸、戒菸資源及轉介	1小時	如何規劃及辦理菸害防制宣導活動	1小時	自我形象、壓力處理與人際關係	1小時
	戒菸衛教師在個案管理中的角色	1小時	如何引起戒菸動機？	1小時	Life Skills如何運用於戒菸	1小時
	尼古丁的藥理與戒菸藥物的使用	1小時			青少年戒菸課程	1小時
	戒菸的行為改變模式與策略	1小時			戒菸專線及電話諮詢技巧	1小時
	CO測試儀操作指導	1小時			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
					戒菸管理師角色與實務	1小時
小組實作 10小時			小組討論：如何幫助病人堅持到底？	1小時	衛教師在病人戒菸用藥中之角色	2小時
			小組報告：如何幫助病人堅持到底？	1小時	青少年戒菸	1小時
					Life Skills如何運用於戒菸	1小時
					戒菸班常見之問題及困難解決	2小時
					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
課程實務 訓練 15小時					戒菸專線	3小時
					戒菸班	6小時
					門診	3小時
					個案追蹤報告2位	3小時

二代戒菸服務-多元戒菸服務網絡¹¹

衛教人員教育訓練教材



▲臺灣菸害防制衛教指引



▲戒菸衛教人員訓練上課情形



二代戒菸全人照護、全程關懷、全面啟動

- 「實施二代戒菸治療試辦計畫」(101年3月1日上路)
 - 戒菸藥品比照一般健保繳交20%、最高200元之部分負擔
 - 住院、急診亦可戒菸：把握機會，不限門診
 - 個案管理，全程追蹤：3個月及6個月個案追蹤
- 開辦社區藥局給藥、戒菸衛教暨個案管理(101年9月1日上路)
 - 社區藥局：提供NRT指示用藥(非處方用藥)、戒菸衛教
 - 戒菸衛教：團隊出擊，並給付16次戒菸衛教服務
 - 孕婦、青少年、不適合用藥者均適用
- 加強品質要求 / 品質獎勵：戒菸服務品質改善措施
- 動員及轉介—透過教育宣導、社區與醫療體系之動員及轉介，提高戒菸服務利用人數



一、二代戒菸服務內容

機構	 醫療院所			 社區藥局
類型	門診 	急診 	住院 	
提供者	醫師 	牙醫師 	衛教師 	藥師 藥劑生
給付項目	• 藥物治療 (定額補助250元/週) □ 尼古丁替代藥物(NRT) □ 非尼古丁藥物 • 戒菸衛教 			• 藥物治療 □ 尼古丁替代藥物(NRT) • 戒菸衛教

一、二代戒菸服務對照表

一代戒菸治療服務	二代戒菸服務
戒菸治療服務費：250元/次 調劑費：11~53元/次 （按調劑人員、場所及週數調整） 吸菸孕婦轉介費：100元/該次懷孕	戒菸治療服務費：250元/次 藥事服務費：11~53元/次 （按調劑人員、場所及週數調整） 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 （原住民、低收入戶、山地暨離島地區藥費 全免） （醫療資源缺乏地區藥費減免20%）
僅限門診	門診、住院、急診、社區藥局戒菸治療
-	戒菸衛教暨個案管理費100元/次
-	戒菸個案追蹤費50元/次（3個月及6個月追蹤）



二代戒菸服務-多元戒菸服務¹

- 2010 年為「戒菸行動年」相關工作，推動「多元戒菸服務網絡」，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，包含：
 - 二代戒菸
 - 戒菸專線
 - 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

二代戒菸服務-多元戒菸服務²

種類	服務內容	執行者/單位
戒菸服務： 二代戒菸 -門診 -住院 -急診 -社區藥局	1. 藥物治療(NRT, non-NRT) 2. 衛教諮詢 3. 3個月、6個月追蹤 4. 品質改善措施	1. 醫師 2. 牙醫 3. 藥師 4. 護理人員等專業人員（上述人員需接受相關課程與認證）
戒菸專線 0800-63-63-63	電話諮詢服務	1. 心理師 2. 諮商人員
戒菸就贏	比賽活動	民間團體
戒菸班	縣市結合社區、專業資源	縣市衛生局所



二代戒菸服務-多元戒菸服務³

- 臨床戒菸/ 戒菸專線/ 戒菸班/ 無菸醫院
- 專業動員/ 社會動員/ 社區諮詢



二代戒菸服務-多元戒菸服務⁴

孕婦（青少年）轉介戒菸專線服務



衛生福利部國民健康署
醫療院所轉介戒菸專線服務中心
同意書



「戒菸專線服務中心（以下簡稱本中心）」為衛生福利部國民健康署為協助有意戒菸的朋友，委託財團法人張老師基金會透過專業諮詢人員，提供一對一的電話戒菸諮詢與諮商服務。

為確保所提供服務之品質，讓服務能更符合您的需要，本中心將於獲得您的簽署同意後，先以電話與您聯繫，徵詢您的需要後，免費提供您所需的「電話諮詢」、「電話輔導」、「活動通知」、「戒菸手冊」等服務。

若您同意接受本中心的服務，本中心將秉持專業保密原則，妥善處理包括您的姓名、背景與相關的個人資料，這些資料也絕不會洩漏或用於其他用途，請放心。

感謝您的支持與協助，並祝您身體健康！

衛生福利部國民健康署委辦「戒菸專線服務中心」 敬啟

我已詳細地閱讀本同意書，我同意接受_____機構的轉介，接受戒菸專線服務中心的諮詢、諮商及相關服務；我完全瞭解接受此項服務是自願的，而且可隨時在告知戒菸專線服務中心後，停止接受各項服務。

姓名：_____（請簽名）

聯絡電話：_____（手機）、_____（市話）

中華民國_____年_____月_____日

※ 醫療院所請將資料造冊並以 E-mail 方式寄至「戒菸專線服務中心」，紙本資料請自行保留。相關流程以及格式，請參考本中心網站(www.tsh.org.tw)之「轉介同意書下載」→「轉介流程說明」。

※ 如有疑問，請洽(02)2886-6363 轉 502。

服務時間：週一至週六 早上 9：00—晚上 9：00

■ 誰可轉介：醫護人員均可轉介，辦理轉介者不需經戒菸訓練認證，但建議參加與菸害及戒菸相關課程

■ 如何轉介：徵得本人同意後填寫同意書，並將轉介資料 E-mail 至「戒菸專線服務中心」(0800-636363)

■ 轉介幾次：每次懷孕僅限1次

■ 轉介費：100元/次懷孕



二代戒菸服務-多元戒菸服務⁵

國民健康署戒菸專線服務中心

- 免付費戒菸諮詢專線：0800-636363
- 網址： <http://www.tsh.org.tw/>
- 服務時間：週一至週六早上9點至晚上9點
- 戒菸專線可提供的協助：
 - 提供戒菸資訊(戒菸手冊、藥物、戒菸班.....)
 - 協助吸菸者找到戒菸的理由及動機
 - 決定戒菸(設定戒菸日)
 - 陪伴、支持、討論、解決困境
 - 增加戒菸者自信心

三個**63**，戒菸有靠  **0800-636363**



二代戒菸服務-多元戒菸服務⁶

戒菸就贏活動

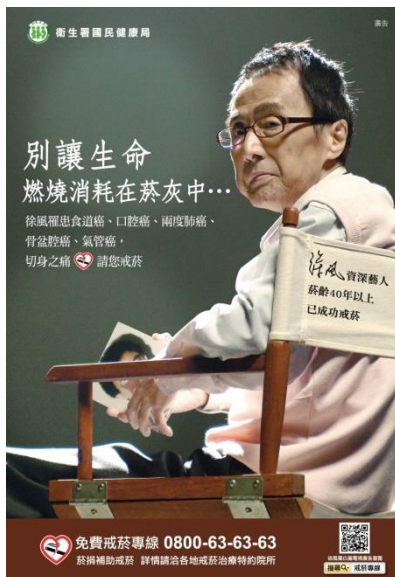
■ 2016戒菸就贏活動業透過全國地方政府衛生局(所)、醫療院所、健康職場及企業、科技園區及工業區、各地方鄉鎮市區公所、大專院校(含軍警)、警政單位、軍方單位(軍醫局、司令部、指揮部)、國道服務區、監理站所、就業服務站及職訓中心、火車站、航空站、救國團及張老師、台灣大車隊等4千個通路傳播，並與交通部、法務部合作召開記者會，共同呼籲吸菸者勇於戒菸，找回自己健康人生。

■ 「2016 Quit & Win戒菸就贏」共計25,252組報名者參賽。

□ 2014年戒菸就贏比賽，報名成功有27,427組，當月戒菸成功率為79.5%，一年後戒菸成功率為38.7%。



反菸宣導活動



二代戒菸服務-地方政府戒菸推廣

- 戒菸服務及戒菸班
- 菸害防制志工
- 宣導活動，如海報、單張及摺頁
- 醫事人員教育訓練（初、進階）



戒菸班



菸害防制志工



醫事人員教育訓練



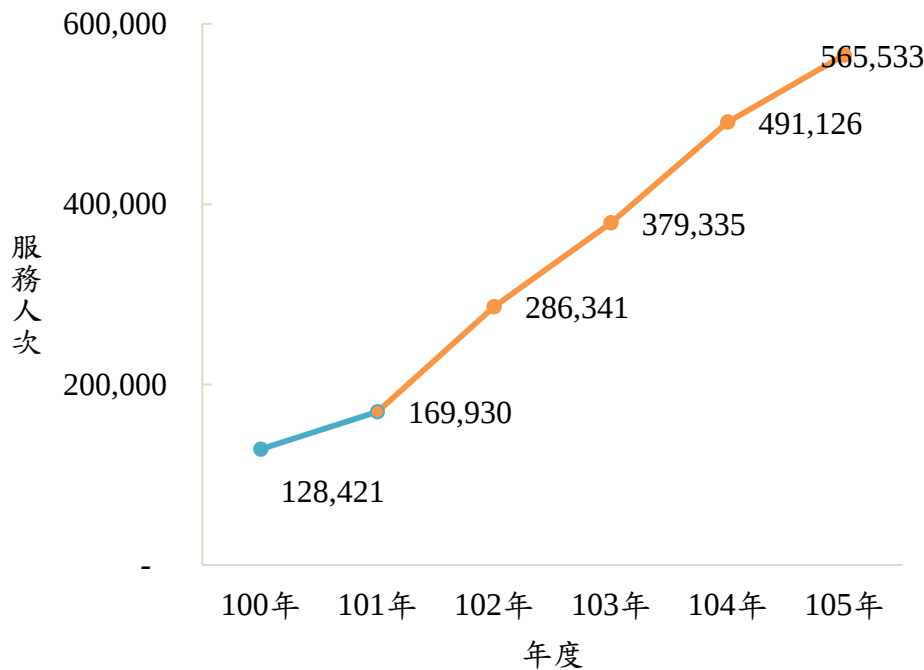
宣導海報及單張



臺灣戒菸服務成效

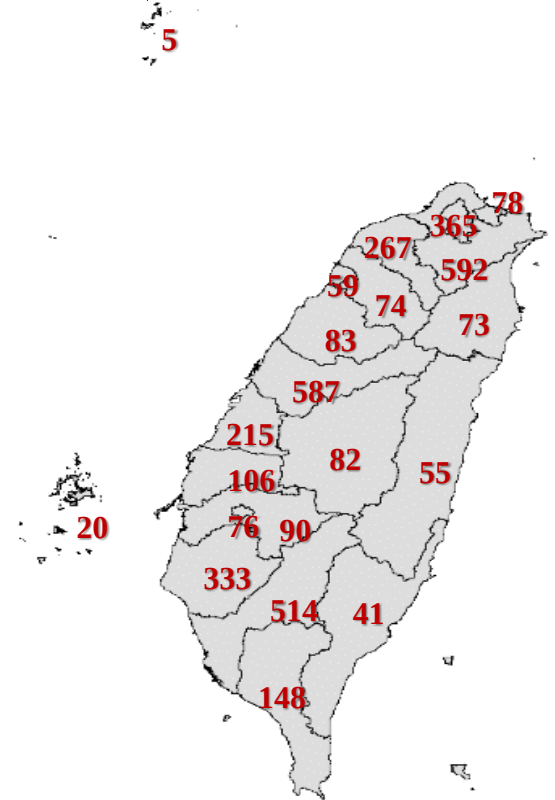
戒菸服務普及至全國各地

- 免費戒菸諮詢專線：0800-63-63-63
- 截至106年8月10日，全國計3,890家戒菸服務合約醫事機構
- 加上巡迴醫療，涵蓋全臺100%鄉鎮市區，降低地理障礙。



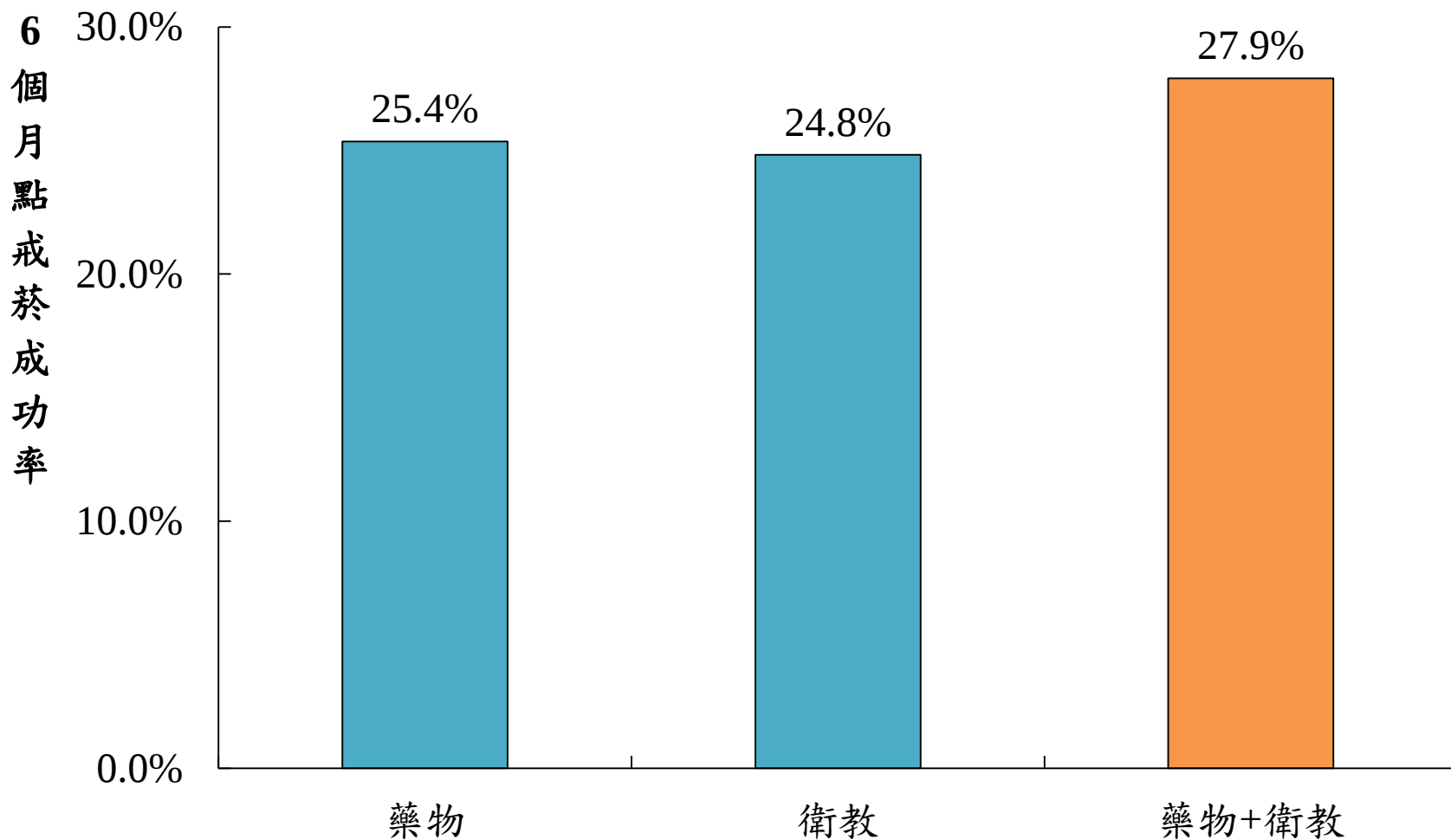
二代戒菸服務人次

資料來源：國民健康署戒菸治療管理中心
資料擷取時間：105年12日



各縣市合約醫事機構數

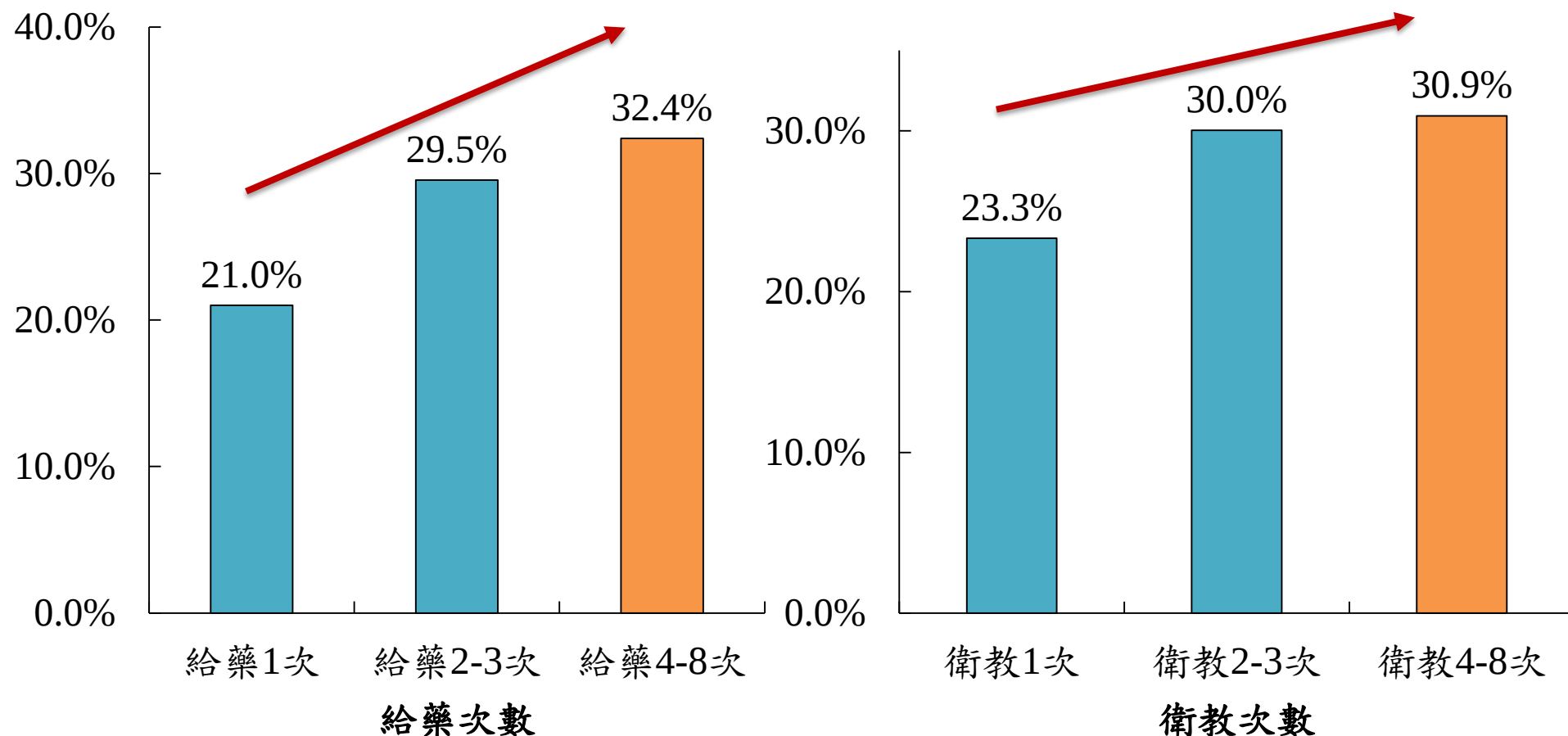
藥物治療搭配衛教諮詢，成功率更高



統計時段：105年1-12月

戒菸藥物或衛教次數越多，成功率越高

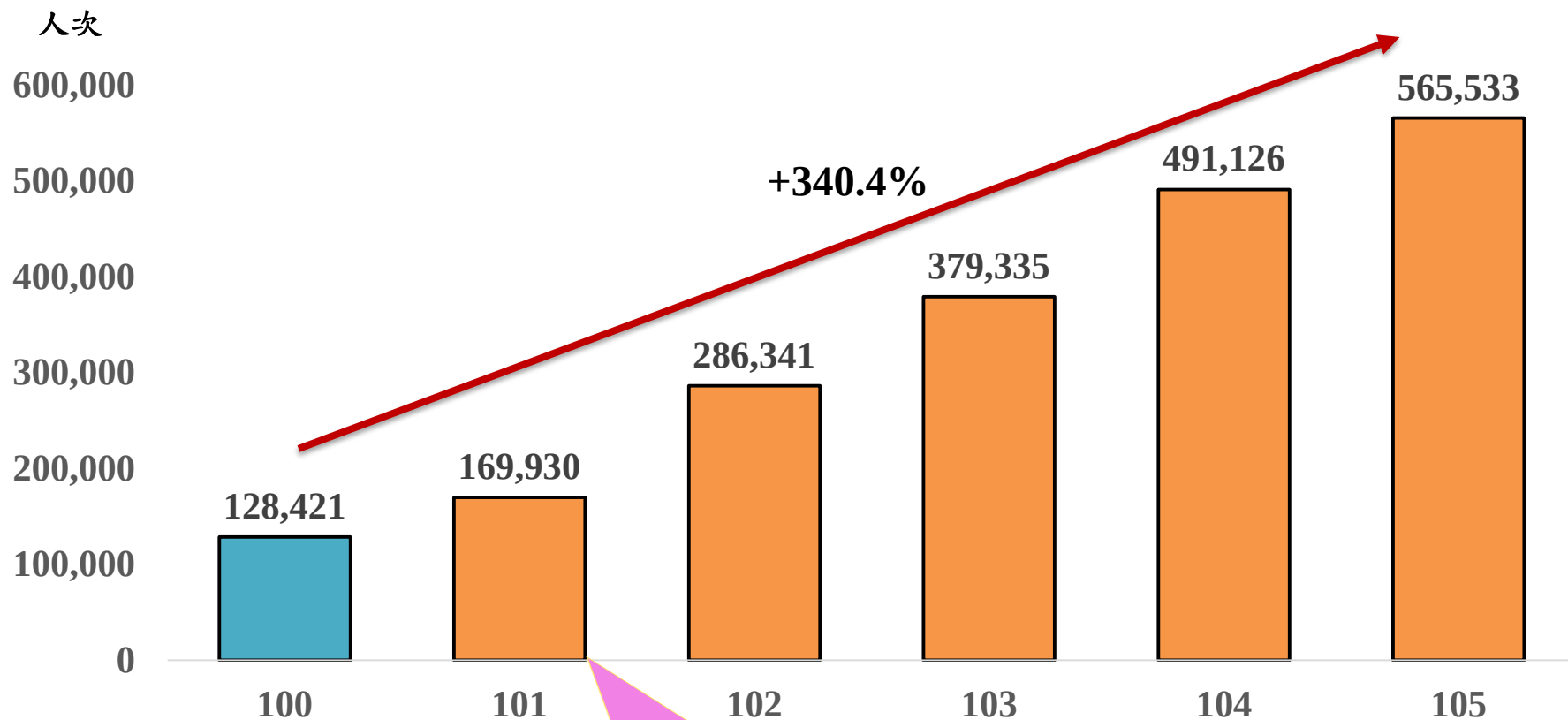
6個月點戒菸成功率



統計時段：105年1-12月

服務量逐年提升，戒菸成功率高

二代戒菸開辦至105年12月服務超過187萬人次，
105年6個月點戒菸成功率達26.3%，涵蓋約4.8%吸菸人口



二代戒菸服務開辦



未來展望



未來展望¹

- 辦理戒菸服務**醫病共享決策**（Shared Decision Making），讓吸菸者參與、選擇合適的戒菸方式
- 針對**慢性病人**、部分**手術前戒菸**提升補助，提高醫事人員服務意願並減少病人手術併發症
- 針對**高吸菸率族群**（營造業、運輸業、房仲業、原住民等）提供**到點到廠**服務，提高戒菸服務質量
- **戒菸戒檳衛教師整合**，簡化行政流程，提升醫事人員服務量能



未來展望²

■ 臺灣經驗

- 增加大眾菸害防制識能
- 加強社區、學校、工作場所及醫院等處之轉介
- 強化個案管理及後續追蹤
- 辦理醫事人員培訓、認證及審查
- 建立指標並定期監控

■ 展望

- 提升醫事人員提供戒菸服務之意願
- 幫助更多人戒菸
- 透過期刊及研究報告分享臺灣實證



健康好幫手！ —— 守護國民 促進健康！



衛生福利部國民健康署
Health Promotion Administration,
Ministry of Health and Welfare

促進健康	Promotion.
預防疾病	Prevention.
安全防護	Protection.
共同參與	Participation.
夥伴合作	Partnership!

