

行政院所屬各機關出國報告

(出國類別：會議)

第5屆歐洲吸菸或健康研討會、無菸醫院網絡會員 特別會議及參訪歐盟菸害防制單位

服務機關：行政院衛生署國民健康局

姓名職稱：衛生署國民健康局羅素英科長
臺灣醫務管理學會鍾佩樺專員

派赴國家：荷蘭阿姆斯特丹、比利時

出國期間：100年3月26日至100年4月3日

報告日期：100年6月1日

摘要

第 5 屆 ECToH (European Conference on Tobacco or health) 於 100 年 3 月 28 日至 3 月 30 日假荷蘭阿姆斯特丹舉行，分別來自歐盟、美洲及亞洲等 130 多個國家，約有 500 名的菸害防制相關領域之專家學者、政府與民間實務工作人員與會。會議活動包括：專題演講、論文報告、海報展覽等。會議重點包括防制二手菸害、女性菸害防制、預防青少年吸菸、戒菸、降低吸菸危害、菸害防制與健康不平等、如何避免菸商進行菸品促銷、菸草控制框架公約 (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) 現況及各國推動菸害防制經驗交流等議題。

大會專題演講包括：第一天第一場大會專題演講 Laurent Huber 說明歐洲實施菸草控制框架公約準則現況報告。第二場專題演講 Anna Gilmore 介紹歐洲如何打擊菸害和推動戒菸工作。

第二天大會主題演講者是 Johan Mackenbach 及 Amanda Amos。討論的議題包括：健康不平等、菸商策略和權力等。Johan Mackenbach 教授指出，吸菸是導致的不平等的發病率和死亡率中最重要的因素。研究顯示，菸害防制是其中最重要減少健康不平等的干預措施。重要的是，衛生福利政策的重要性在於直接改變低社會經濟地位民眾的健康相關行為。Mackenbach 教授說：“我們可以減少健康不平等現象，如果我們真的想要的話。”

Amanda Amos 教授提到：運用實證資料檢視菸商的因應策略如何影響歐洲的公共政策。菸商在歐洲國家擁有很龐大的市場佔有率，力量也大到足以與政府單位抗衡。因此，政府單位除了充分協商之外，也可透過法令規章對其有所限制。

第三天大會主題演講由 Chair Twan Huys 主持的綜合討論，題目為：「Case study and discussion on interference of tobacco industry in policy and science」。由五位專家共同上台討論，指出要確保不吸菸的人免於吸菸者的危害，強調二手菸防制政策的重要性。拒吸二手菸的議題是世界衛生組織很

重視的一個政策，很多知名學術期刊也紛紛刊載實證研究結果，有關吸入二手菸對健康的危害遠大於直接吸菸，因此二手菸的問題是個亟待解決的問題。Neil Collishaw 教授在最後一天的 ECToH 大會演講主題為：菸商對政治的影響。

另，本局 100 年辦理「無菸醫院評核與網絡發展計畫」，規劃於今年下半年舉辦無菸醫院國際研討會，為求積極深入之參與度，擬派員前往參加第 5 屆 ECToH (European Conference on Tobacco or health)及歐洲無菸醫院網絡會員特別會議，主要目的為研商國際研討會相關籌備事宜，並深入瞭解區域網絡之組織運作及進行實務經驗交流，有助推動國內無菸健康照護環境之業務。

歐盟在 1999 年成立了「歐洲無菸醫院網絡」(European Network for Smoke-free Hospitals, 簡稱 ENSH)，並於 2009 年成立「全球網絡」(Global Network for Smoke-free Hospitals)，迄今已有來自 24 個國家的 1,500 個醫院加入，該網絡認為醫院不僅必須遵守相關的禁菸法令，成為是一個全面無菸場所，並應善盡減少菸草使用與降低菸害的義務，這些義務包括：提供病患及其親友積極主動的戒菸服務，協助吸菸員工戒菸，辦理戒菸與菸害的員工教育訓練，推動社區菸害防制活動，進行研究與評估。

我國自 98 年 1 月 11 日起依菸害防制法規定，醫院為室內外全面禁菸場所，醫院除應遵守禁菸法規外，亦有對病人、員工、社區推展健康促進之責任。由於法規及提高菸價的雙重影響，我國 18 歲以上成年人吸菸率的減少近一成（21.92%降至 19.99%），但 2009 年的調查發現，成人男性吸菸率仍高達 35.4%，與先進國家相較明顯高出許多，雖然政府提供門診戒菸、戒菸專線及戒菸班等服務，但利用率相當有限。此外，調查亦發現僅有 66.79% 的吸菸者表示曾接受醫事人員的勸戒，顯示擴大醫事機構及人員之參與，提供支持性環境與協助鼓勵吸菸者戒菸是值得推動的工作，透過無菸醫院評核與改善，發展無菸醫院區域網絡，進而營造無菸健康照護環境與服務。

台灣將於今年下半年辦理金獎參賽國際研討會，明（101 年）4 月在台

辦理「金獎頒獎暨國際研討會」，有助國內無菸健康照護環境之拓展，且第 5 屆 ECToH 會議內容涉及菸害防制業務，可提昇我國菸害防制成果之國際能見度。

整體而言，令人值得一提的，此次大會主題，除了吸菸與健康之外，也特別帶入性別、健康不平等、社會不平等的元素，使得我們更了解菸害防制工作不能只單就「吸菸」這個議題做切入，而是要從不同的視角更多元的切入，方能使政策制度的設計面面俱到，使得介入措施的設計，更迎合不同族群的特殊性，更貼近個別的需求。研討會議最後，由大會播放這三天以來的照片剪影，帶著大家回顧過去這三天的花絮，參與者看見自己的照片被放在花絮片段裡，紛紛感到雀躍。最後，大會也預告了下一屆的 ETCoH 會議，將在土耳其舉行。

本次參訪行程承蒙駐歐盟兼駐比利時代表處衛生醫療組蕭組長東銘、樂欣秘書，感謝他們極力接洽歐盟執行委員會辦公室等單位，衛生署國民健康局羅素英科長及台北市政府衛生局游麗惠處長方能順利完成參訪歐盟執行委員會健康暨消費者保護總署等菸害防制單位。

目次

摘要.....	2
目次.....	5
主 文.....	6-47
壹、目的.....	6
貳、過程.....	6
參、會議內容摘要.....	11
肆、心得與建議.....	39
肆、附 錄.....	43
附錄 1 ECTOH研討會議程表.....	43
附錄 2 2011/3/29 無菸醫院會員特別會議會議紀錄.....	44
附錄 3 無菸醫院工作坊：啟發—支持衛生工作者推動菸害防制.....	47

壹、目的

參加本會議之目的包括：

- 一、瞭解並收集國際菸害防制及未來世界衛生組織菸草控制框架公約之政策與趨勢，以作為規劃我國相關策略或措施之參考。
- 二、參與國際菸害防制會議，結識各國菸害防制工作伙伴，分享我國菸害防制工作成果，建立聯繫與合作之管道。
- 三、參與3月29日無菸醫院網絡之會員特別會議及座談會，研商今年在臺灣辦理國際研討會相關籌備事宜，並深入瞭解網絡之組織運作及進行實務經驗交流，有助推動國內無菸健康照護環境之業務。邀集中央地方衛生部門及學術界專家，建立國內伙伴關係，共同推動相關工作。

貳、過程

- 一、出國日期：100年3月26日至100年4月3日
- 二、出國人員：衛生署國民健康局羅素英科長
臺灣醫務管理學會鍾佩樺專員

三、會議議程及內容紀要

日期	內容
100/03/28	<p>報到、開幕式、專題演講、論文報告、海報展覽</p> <p>7:30 Registration</p> <p>9:00 Opening ceremony (plenary)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elisabeth van Gennip, PhD, Chair Executive Committee • Prof. Tezer Kutluk, MD, PhD, President of ECL • Ton Hanselaar, MD, Dutch Cancer Society <p>9:40 Plenary keynote speaker: Implementing FCTC guidelines in Europe, how are we doing?</p> <p>大會特別演講：菸草控制框架公約在歐洲的推動情形，我們該如何做？</p> <p>By Laurent Huber, MS, Framework Convention Alliance, France</p> <p>11:15 Plenary keynote speaker: Tobacco industry strategies to undermine public health policies in Europe.</p> <p>大會特別演講：歐洲菸商策略逐漸吞噬公共衛生政策</p> <p>By Professor Anne Gillmore, University of Bath, UK</p> <p>12:00 Lunch and poster presentations</p> <p>13:30 Parallel sessions</p> <p>1E: Lower socio economic status and effects of policy 低社會經濟狀態極其政策影響</p> <p>1B:Cessation tools 戒菸工具</p> <p>15:30 Parallel sessions</p> <p>2E: Lower socio economic status and effects of policy 低社會經濟狀態及其政策影響</p> <p>2F: Lower socio economic status and cessation/smoking 低社會經濟狀態與戒菸</p>
100/03/29	<p>專題演講、論文報告、海報展覽</p> <p>9:00 Welcome day 2: Cora Honing, Chair of the International Board</p>

日期	內容
	<p>9:10 Plenary keynote speaker: Epidemiology of social inequalities in smoking/tobacco related health disparities. 大會特別演講：吸菸的社會不平等流行病學/菸草相關之健康不平等 By professor Johan Mackenbach, PhD, Erasmus University Rotterdam, the Netherlands</p> <p>9:55 Plenary keynote speaker: Reaching the unreachable, disadvantaged populations. 大會特別演講：觸及未接受服務及弱勢族群 By professor Amanda Amos, PhD, University of Edinburgh, UK</p> <p>11:15 Parallel sessions 3E: Monitoring systems 監測系統 3B : Harm reduction 減少傷害</p> <p>12:45 Lunch and poster presentations</p> <p>12:00 ENSH Extraordinary General Assembly ENSH 無菸醫院會員特別會議</p> <p>14:15 Parallel sessions 4E: Symposium: Working with Communities to Reduce Health Inequalities:Protecting Children and Young People from Tobacco 與社區結合減少健康不平等:保護孩童與青少年免於菸品危害 4F: Symposium: Smoking cessation interventions for low SES ethnic minority populations: lessons learned 低社經地位及弱勢族群之戒菸介入計畫</p> <p>16:00 Parallel sessions</p> <p>16:00 ENSH Symposium: “Be inspired: supporting health care workers to implement tobacco free policies”. 無菸醫院：啟發—支持衛生工作者推動菸害防制政策</p> <p>16:00 From theory to practice: motivational tools and implementation strategies. 從理論到實務：激勵工具與推動策略</p>

日期	內容
	<p>16:15 Multidisciplinary Partnerships and advocacy TFU – Tobacco Free United. 跨領域夥伴與宣傳TFU—無菸國度</p> <p>16:30-17:30 Discussion Forum (60': 3' presentations and 5' discussion for topic)Engaging health professionals in the movement 綜合討論</p> <p>18:30 Social Program: Diner buffet & party</p>
100/03/30	<p>專題演講、論文報告、海報展覽</p> <p>9:10 Plenary Keynote speaker: FCTC and beyond, emerging new policy options. 大會特別演講：超越菸草控制框架公約，新的政策選擇 By Florence Berteletti-Kemp, Smoke free Partnership, Brussels, Belgium</p> <p>9:55 Plenary keynote speaker: A supply-side approach to tobacco control. 大會特別演講：從供給面的角度來看菸害防制 By Neil Collishaw, M.A., Research director of Physicians for a smoke free Canada, Canada</p> <p>11:00 Parallel sessions 5E: Symposium: Health care workers and policy 健康照護工作者及政策 5D: Symposium: Quitlines in Europe - an overview and examples 歐洲的戒菸專線—檢視與範例</p> <p>12:30 Lunch and poster presentations</p> <p>13:00 Lunch Meeting(13:00~15:00) 出國人員與歐洲無菸醫院網絡代表Crista. Rustler、Ann O'Riordan等商討：台灣無菸醫院網絡發展計畫及今年10月辦理研討會、明年金獎規劃與準備事宜</p>

日期	內容
	<p>13:30 Plenary keynote speaker: Plain packaging, how to get there and then what? 素面菸盒包裝 Speaker tbc</p> <p>14:15 Plenary session: Shape the future: Successful strategies for tobacco control in Australia, California, Canada and United Kingdom 大會特別演講：塑造未來—成功的菸草控制策略：澳洲、加州、加拿大與英國經驗報告</p> <p>15:45 Close of the conference 大會閉幕式</p> <p>17:15 搭乘火車前往比利時布魯塞爾</p>
100/04/01	<p>AM 參訪 St. Pierre 醫學院理想體重門診</p> <p>PM 參訪歐盟執委會健康暨消費者保護總署 (Health and Consumer Protection Directorate-General, 簡稱 DG SANCO 的 C6 部門)</p>
100/04/02	<p>AM 駐歐盟兼駐比利時代表處林永樂大使接見</p> <p>PM 參訪比利時 Funds des infections Respiration (FARES) 菸害防制單位</p>
100/04/03	<p>返程</p>

參、會議內容摘要

今年 ETCoH 大會主題為：Shape the future，大會開幕式，首先分別由 Harm Bruins Slot (Chairman Board, Dutch Cancer Society) 以及 Tezer Kutler (Chairman Board, Association of European Cancer Leagues) 兩位致詞展開序幕，接著隨即進入兩場大會專題演講。第一天第一場大會專題演講 Laurent Huber 說明歐洲實施菸草控制框架公約準則現況報告。第二場專題演講 Anna Gilmore 介紹歐洲如何打擊菸害和推動戒菸工作。

第二天大會主題演講者是 Johan Mackenbach 及 Amanda Amos。討論的議題包括：健康不平等、菸商策略和權力等。特別是有必要提高大眾對非傳染性疾病的意識，因為心臟病與慢性呼吸道疾病等心血管疾病的非傳染性疾病對民眾造成的威脅遠高於愛滋病、瘧疾、以及肺結核。

JohanMackenbach 教授指出，吸菸是導致的不平等的發病率和死亡率中最重要的因素。研究顯示，菸害防制是其中最要減少健康不平等的干預措施。重要的是，衛生福利政策的重要性在於直接改變低社會經濟地位民眾的健康相關行為。Mackenbach 教授說：“我們可以減少健康不平等現象，如果我們真的想要的話。”

Amanda Amos 教授提到：**運用實證資料檢視菸商的因應策略如何影響歐洲的公共政策**。菸商在歐洲國家擁有很龐大的市場佔有率，力量也大到足以與政府單位抗衡。因此，政府單位除了充分協商之外，也可透過法令規章對其有所限制。

第三天大會主題演講由 Chair Twan Huys 主持的綜合討論，題目為：「Case study and discussion on interference of tobacco industry in policy and science」。由五位專家共同上台討論，指出要確保不吸菸的人免於吸菸者的危害，強調二手菸防制政策的重要性。拒吸二手菸的議題是世界衛生組織很重視的一個政策，很多知名學術期刊也紛紛刊載實證研究結果，有關吸入二手菸對健康的危害遠大於直接吸菸，因此二手菸的問題是個亟

待解決的問題。

Neil Collishaw 教授在最後一天的 ECToH 大會演講主題為：菸商對政治的影響。他介紹菸害防制供給面的策略與方法。專題座談會議包括：青少年和戒菸、菸品成癮、改進婦女的健康等。Neil Collishaw 教授說：在公共衛生和執行菸害防制計劃，逐步減少菸品供應和需求的方法將被淘汰。

Neil Collishaw 教授指出；加拿大成人吸菸率由 2000 年的 25% 下降至 2010 年的 18%。他形容「菸商根本就不是人，菸商就像瘧疾的蚊子，是導致疾病的媒介」。菸商的營利所得比起捷克等國家國民所得(GDP)還要高，是個亟待因應的課題。

值得一提的是，專題演講進行方式結合高科技技術，每位與會者皆配置一台小的掌上型答案選答機，每每進行到相關問項時，由現場與會者按鈕選答，演講者的電腦立即經由螢幕出現統計結果與圖表，整場演講的進行多了全體互動及問題及時澄清，值得學習應用在台灣的現行相關訓練與工作坊的評估。

一、有關研討會重點摘述

(一) 落實菸草控制框架公約

Laurent Huber 是國際菸草控制和健康主任，增強了建立有效的全球菸草控制。演講主題為「Implementing FCTC guidelines in Europe, how are we doing?」，主要內容包括：菸草控制框架公約執行現況、NGO 團體運作過程與協商模式、EU 的協商模式。Laurent Huber 是國際菸草框架公約聯盟



(Framework Convention Alliance, FCA) 主任，這個國際聯盟成立超過 350

個非政府組織（NGO）的遍佈 100 多個國家。是已被廣泛認可的各國政府，非政府組織和世界衛生組織（WHO）的重要作用，其目的在塑造世界衛生組織菸草控制框架公約（FCTC）。是世界衛生組織第一個有關菸害防制的公約，其目的是“保護當代和後代健康的破壞性、社會、環境和經濟後果的菸品消費和接觸菸草煙霧”。在過去的八年，Laurent Huber 發揮了重要作用在於影響菸害防制基礎工作的倡導者和深入到世界各地的決策者。他具備菸害防制的流行技能和奉獻精神，是國際菸草控制活推動一個重要的影響人物。

世界衛生組織於 2005 年通過的菸草控制框架公約（WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC），在全球 192 個國家中，至今有 172 個締約方完成批准公約的程序。該公約是一個以實證醫學為基礎而制定的政策，終極目的在於讓人避免菸品所帶來的任何健康危害，最主要落實方法就是直接減少市場供給與需求為導向。同時，並強調一個自主的公民社會應該擴大民眾參與，充分傾聽民意作為決策的依據之一。現階段，菸害防制面臨的挑戰之一，就是菸品產業龐大的商機所帶來的利益壓力，這是全世界各國政府共同面臨的難題，尤其以法令規章的制定作為牽制的手段（例如：菸品警示圖文、禁止菸品廣告、菸稅），也因此菸草控制框架公約必須有待大家共同的努力與捍衛。

該公約建議各國採用價格策略（如：提高菸稅與菸價）與非價格策略（如：保護免於二手菸危害、菸品標示管制、預防教育與戒菸治療等），減緩全球吸菸之盛行，並保障公共衛生政策制定免於菸商的干預。Laurent Huber 表示菸草控制框架公約第四次締約方會議（Conference of the Parties 4 to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, COP-4）已於 2010 年 11 月召開，該會議重點為：第 9/10 條針對菸品的添加物使菸品更具吸引力加以規範；第 12 條教育、溝通、訓練和公眾認知方面；第 13 條強調應採取行動禁止菸草廣告、促銷或贊助。第 14 條有關戒菸政策議題指引。

Laurent Huber 提到本次會議通過了一項決策宣言(the Punta del Este Declaration)支持因實施 FCTC 和其指引，藉貿易和投資協定合同的理由，而遭受攻擊的國家，尤其是主辦國烏拉圭，烏拉圭規定的菸盒標籤和包裝，遭到跨國菸草公司 Philip Morris 的法律訴訟。另一項決策是將幫助各國推動 FCTC 和國際發展的努力接軌，包括 2011 年的非傳染性疾病(NCD)的聯合國高峰會。而至於防制菸草製品非法貿易及走私的議定書，協商將持續進行至 2012 年。

世界衛生組織資料顯示，所有菸草產品都是有害的，且造成經濟上負擔，特別是在低收入國家更為嚴重，全球各菸害防制組織或團體，應一起努力，共同對抗這種全球性的傳染疾病。目前，菸品製造、銷售商透過銷售不同形式的菸草製品，不斷開發新的菸草產品，並透過不同型式，進行菸品促銷。為了有效防制菸害，最有效菸的菸害防制工作就是落實世界衛生組織菸草控制框架公約。

(二) 防制二手菸害及降低吸菸危害

1、歐洲菸害防制，英國再次獲勝

Mariska Huisman 說：在 3 月 23 日第三次的結果歐洲菸害防制量表報告顯示，英國再次獲勝。

歐洲 31 會員國試圖在 2010 年，使用到菸害防制量表 (TCS) 的調查結果。TCS 的是由 6 個政策措施，量化評估歐洲每個國家在實施菸草控制政策成果。這六項措施應優先推動全面性菸害防制計劃，包括：較高的價格政策措施、禁止和限制吸菸、媒體宣傳、禁止菸品廣告、顯眼的菸盒警示圖文和戒菸協助支持。

這項研究調查結果由 Luc Joossens 及歐洲癌症聯盟人員 (ECL) 共同發表。依各項菸害防制政策措施評分，滿分為 100 分。在 2005 年和 2007 年及第三波 2010 年進行了調查，分別與土耳其在內，31 個國家參與。調

查結果顯示，從 2007 年和 2010 年數據之間的比較，英國（由 93 分降至 77 分）還是歐洲國家中最全面的菸害防制措施國家；其次是愛爾蘭（由 74 分降至 69 分）。不幸的是，總共有 25 個國家得分是下降的。德國則跟上一波調查一樣停留在同一分數。菸草控制框架公約建議的有效措施，應予執行。

2、吸菸及二手菸致死

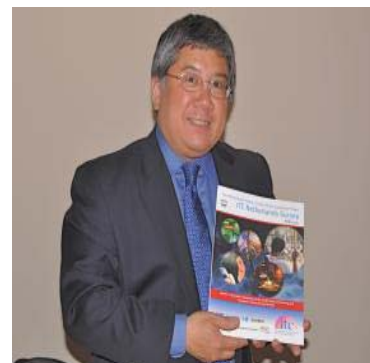
根據世界衛生組織資料顯示，菸品煙霧中含有超過 4,000 種化學物質，其中至少 250 種被稱為是有害的，超過 50 種已知可引起癌症。最主要導致死因為癌症，吸菸造成荷蘭有多達 30% 的癌症相關死亡。吸菸造成 86% 的荷蘭肺癌病例。在歐洲每年因吸菸相關疾病死亡就有超過 650,000 人。

Sebastian Borchers 說：根據世界衛生組織資料顯示，每年近 60,000 人死亡人口中，吸菸是其中一個主要的公共衛生問題。由於菸品消費的增加，預計至 2030 年的將增加超過 800 萬人死亡。與此同時，超過 40% 兒童家中至少有一個父母吸菸。在 2004 年統計資料顯示，有 28% 兒童的死亡與二手菸有關。

會中專家一致認為，要確保不吸菸的人免於吸菸者的危害，強調二手菸防制政策的重要性。拒吸二手菸的議題是世界衛生組織很重視的一個政策，很多知名學術期刊也紛紛刊登實證研究結果，有關吸入二手菸對健康的危害遠大於直接吸菸，因此「二手菸」的問題是個亟待解決的問題。

根據加拿大 Waterloo 大學 Professor Geoffrey T. Fong 最新的國際菸害防制政策評價研究調查資料顯示，荷蘭吸菸者對吸菸以及二手菸的危害，都遠低於其他歐盟和非歐盟國家。

這項超過 2000 名荷蘭吸菸者在國際菸害防制政策評價研究調查中，只有 61% 認為“吸菸



是有害非吸菸者的”，是 ITC 調查 12 個國家中最低的；其次是美國（80%）。

另一項令人震驚的發現是只有 9% 的荷蘭人吸菸者認為時常或經常吸菸有害他人，遠遠低於德國（20%）、法國（34%）和巴西（60%）等其他國家。這些 ITC 的調查結果清楚地顯示，荷蘭應該加強菸害防制了。然而，衛生部長已經宣布，政府將菸害防制經費減少，且沒有計劃執行的菸盒警示圖文標示。菸盒警示圖文標示已被證明在許多國家實施（例如：加拿大、泰國、澳洲、英國）比文字更有效的警告。

法國已表明，政府可以採取負責任的行動，並大力減少菸品的使用。1991 年，法國實施了“Evin 法案”，當時的衛生部長推動本法案和其他菸害防制政策導致大幅度減少吸菸。現在，20 年後，法國癌症發病率（尤其是肺癌），已經急劇下降。以法國案例，應該增加經費運用於菸害防制工作上，讓荷蘭民眾能認識吸菸對健康的危害，使荷蘭國家人民更健康。

而為什麼今年 ECToH 在荷蘭舉辦呢？這是上次在巴塞爾會議上決定，並獲荷蘭癌症協會通過，以改善荷蘭的形象、增加對荷蘭政府的壓力及政府對菸害防制有關政策的想法。會中提到：你想如何吸引政府增加菸害防制預算的注意力？應向政府表明其他國家菸害防制工作做得比荷蘭好。表明我們是落後，政府於菸害防制需要積極努力的地方，還有許多有效的措施其中許多是低到沒有成本。

3、無菸醫院、工作場所 Smoke-free Worksites

Frances Stillman 及 Narine Movsisyan 主持中歐/東歐和中亞實施無菸工作場所的座談會。六個講者他們共同的發現是。首先，成功的決定因素為無菸醫院要被顯示。其次，大學和醫院無菸政策的提出，其次是菸害防制政策的挑戰和問題。

4、預防青少年吸菸

Thorsten Lohmann 說：青年是我們的未來。因此 ECToH 會特別關注青年一個注重宣傳有關的活動。提高青年之間的認識並著眼於「下一世代」的專家是具有重要意義。如今，不僅預防吸菸，但也維持菸草控制是非常困難的，如果不可能的。我們唯一的方法可以做的是落實世界衛生組織菸草控制框架公約的準則。

由 Florence Bertelettikemp 主講，題目為：「FCTC and beyond, emerging new policy options」，針對青少年的吸菸對於身體健康與國家整體的危害，也特別呼籲政府政策，應多加採用預防介入措施，減少青少年走入吸菸一途。

Daniel Kotz 是 ECToH 青年委員會主席，是一名流行病學家和馬斯特里赫特大學醫學中心的助理教授。他說：

(a) 青年委員會在這次會議目的是什麼的？

一方面，要保護青年對抗吸菸；另一方面，為鼓勵年輕的專業人員能活躍在這一領域，提供一個論壇，並激發他們繼續關注菸害防制這個問題。

(b) 當我們正在討論菸品時，你看到的年輕人是**最脆弱的群體**？

Daniel Kotz 教授說：“**今天年輕的吸菸者，明天的成癮大人**”。

(c) 你看到了年輕一代對抗菸品的未來嗎？

希望是的，但是**有責任的成人能為下一代帶路**。他們應該保護青少年免於**二手菸的危害**。該最重要的是改變吸菸形象，吸菸與不良生活型態有相當關聯性。菸草經常是年輕人物質濫用的入門物，一旦開始吸菸，日後有較高的機率使用酒精及毒品。研究指出，吸菸對健康的危害為菸量與菸齡共同作用的結果，如果青少年時期即開始抽菸，由於吸菸的成癮性，非常有可能在成年時期仍然繼續吸菸。愈早吸菸的青少年會有較長的菸齡，而愈長的菸齡愈容易導致嚴重的健康危害。

年輕族群的吸菸習慣不可輕忽，年輕人吸菸易成癮，且易形成多重成癮的問題。2010 年 12 月美國衛生署署長發表的「吸菸如何導致疾病」的

報告亦指出，相較於成年人而言，年輕人吸食少量的菸品就會成癮，菸草中的成分會影響學習，且愈早吸菸者成年後愈容易成為重度吸菸者。

5、禁止菸商遊說與菸品廣告、促銷及贊助

Anne Gillmore 是英國 University of Bath 的教授在大會演講「Tobacco industry strategies to undermine public health policies in Europe」，亦提到運用實證資料檢視菸商的因應策略如何影響歐洲的公共政策。菸商在歐洲國家擁有很龐大的市場佔有率，力量也大到足以與政府單位抗衡。他們透過直接與間接的手段來滲透與遊說。因此，政府單位除了充分協商（特別是貿易體系部門）之外，也可透過法令規章對其有所限制。

Anna Gilmore 教授在歐洲吸菸或健康大會上指出：「荷蘭政府容易被菸商遊說」。菸草業對荷蘭和歐洲的政策產生了很大的影響。菸草製造商的股份，確保了歐盟公共衛生領域的政策發展。

Anna Gilmore 教授從菸商秘密文件中發現，1995 年英美帝國菸草公司利用其他第三經濟體合作方式行銷他們的產品，結果在 2 年內成功改變歐盟對其安全性威脅之顧慮。

英美帝國菸草公司已影響所有歐盟公共衛生領域的決定，首先在必須測試他們的經濟，而不是健康的影響。此外，菸商設法延遲或阻止某些健康的決定。有超過 82,000 意見來自菸商對於菸品產品包裝擬議的條例草案。不像大多數法案約提出 500 個意見反應，使得這個政策的決策過程已拖延了超過一年。

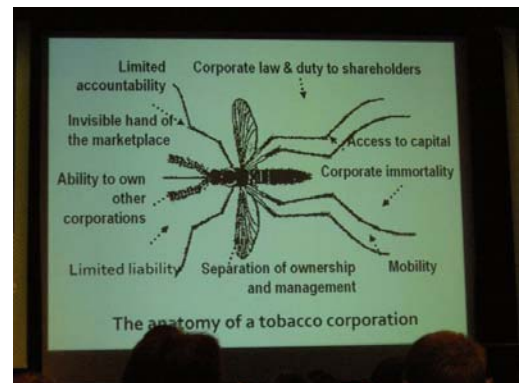
另一個大會演講者 Mariaelena Gonzalez 也同意這個觀點。她專門研究了菸商在荷蘭的角色與行銷策略。Mariaelena Gonzalez 認為，菸商在荷蘭的戰略作用直接影響整個歐洲。最近，荷蘭政府宣布酒店部分禁菸乙事，顯示荷蘭政府對菸商的經濟利益價值高於民眾的健康。最近的一項由 TNS NIPO(由荷蘭癌症協會資助)調查顯示，有 62% 的荷蘭民眾表示，如果荷蘭政府允許對菸商影響政策決定是有問題的。顯然，荷蘭人希望看

到政府能限制菸商的影響，並遵循世界衛生組織的菸草控制框架公約準則（FCTC）的。KWF Kankerbestrijding（荷蘭癌症協會）和STIVORO很長的時間在倡議，政府與菸商及其說客之間的接觸要有充分的透明度。

最後一天的大會演講主題為：菸商對政治的影響。Neil Collishaw 教授報告菸害防制供給面的策略與方法。專題座談會議包括：青少年和戒菸、菸品成癮、改進婦女的健康等。Neil Collishaw 教授說：在公共衛生和執行菸害防制計劃，逐步減少菸品供應和需求的方法將被淘汰。

Neil Collishaw 教授形容：菸商根本就不是人，菸商就像瘧疾的蚊子，是導致疾病的媒介。菸商的營利所得比起捷克等國家國民所得(GDP)還要高。

加拿大成人吸菸率由 2000 年的 25% 下降至 2010 年的 18%。加拿大是全球第一個通過菸品容器上標示菸害警示圖文的國家，率先於 2000 年在菸盒上 50% 的面積標示警示圖文，目前即將菸盒警示圖文面積增加到 80%。



另外，在『禁止菸品廣告、促銷及贊助準則』方面，再次強調應全面禁止菸品廣告、促銷及贊助的重要性，任何部份禁止菸品廣告、促銷及贊助是沒有效果的。各國應全面禁止國內及跨國菸品的直接與間接廣告、行銷及贊助，包括：禁止在各媒體通路含網路等的進行廣告與品牌延伸行銷、禁止對體育藝文活動的贊助及禁止在影視出現吸菸鏡頭等。

在防制公共政策受菸商及利益團體影響方面，建議各國應採取措施規範菸商公開所有政治獻金、贊助名單與金額等；將所有運作透明化、公開與菸商或利益團體的任何會談記錄、拒絕菸商的贊助及投資菸商，杜絕菸商加入反菸團體與避免利益衝突等，並揭露菸商相關活動與運作的訊息，如製造、運輸、市場佔有率、收入及捐獻等，保證菸商各項活動與訊息的透明化，再次強調避免公共政策受菸商及利益團體影響。

6、菸品包裝與標示

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（建議占 50%面積及以上，至少 30%）。因為菸品容器設計為廣告行銷的途徑之一，加拿大是全球第一個通過菸品容器上標示菸害警示圖文的國家，率先於 2000 年在菸盒上 50%的面積標示警示圖文，之後陸續有巴西、新加坡、泰國、澳州等國家皆已通過菸品容器上菸害警示圖文標示的法規。目前除加拿大即將菸盒警示圖文面積增加到 80%，歐盟國家亦打算在 2014 年跟進實施菸盒警示圖文面積增加到 80%。

此外，大會專題演講建議，包括不宜在菸品容器上標示焦油及尼古丁含量，因為根據調查顯示消費者認為低焦油的菸品較無害而傾向購賣，菸商為吸引更多的消費者使用，將產品標示低焦油或低尼古丁含量。事實上，無論是高焦油或低焦油含量的菸，對健康危害是沒有差異的。目前，巴西、澳洲及泰國等國，皆以描述性健康警語取代數字的標示。此外，學者專家在大會上再次倡議要推動素面的菸品包裝（plain package），目前澳洲及歐盟等正積極推動這項議題。

澳洲吸菸率約 17%，與會專家認為，「素面菸盒會降低菸草對年青人的吸引力」。菸盒警示圖文可以有效傳達菸品危害健康的訊息及促使吸菸者改變行為，如戒菸或減少菸品使用量；此外，菸品容器上的警示圖文可以降低菸品包裝對消費者的吸引力，是最好防止吸菸的方法，尤其可預防青少年及對圖像或品牌敏感者。澳洲將於 2012 年實施素面菸盒法規，那麼到時候菸盒的顏色、品牌、標誌和宣傳文字都會被禁止，菸盒上只有菸品健康警示圖文。

目前世界衛生組織「菸草控制框架公約」172 個締約方之中，約 40 個國家實施菸盒菸品健康警示圖文，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；2008 年推動修正「菸害防制法」，第六條規範菸品容器包裝之正反面 35%面積，除須警語外尚有須標示圖像及戒菸相關資訊之義務。

(二) 戒菸服務與協助戒菸(Help to Quit)

根據世界衛生組織資料顯示，只有 37%的中國人口是要意識到吸菸導致冠心病。這不是單一問題，不限於一個國家，因為在 27%之低收入國家是沒有提供戒菸服務。以“國家的現有資料顯示，菸品稅收收入高 173 倍於支出在菸害防制的經費”，仍有很大改善的空間。

在歐洲，有超過 7,800 萬的吸菸者想戒菸，但根據最新發布的研究顯示，曾嘗試戒菸的受訪者中有一半（50%）認為戒菸服務不完善、品質低劣或令人無法接受。在受訪的醫療專業人員中，87%的受訪者認為這項服務應由基層醫師提供。然而，超過半數（55%）的受訪醫師認為負責基層人員沒有能力提供有效的服務。調查顯示：歐洲有 68%的非吸菸者和 51%的吸菸者都認為政府應投資在如何有效減少吸菸人口，而不是投資在菸害所引起的醫療服務。這項調查同樣得到醫療專業人員的贊同，88%的專業人員認為政府有責任改善戒菸服務的基礎建設。

近半（48%）的吸菸受訪者表示戒菸費用是他們尋求專業戒菸服務時的最大阻礙，提供預算可鼓勵吸菸者使用戒菸服務。超過 3/4（77%）受訪的專業人員表示只要藥物是公認有效的，健康保險應支付戒菸藥物的費用。

為降低吸菸率，歐盟和其會員國都已簽署世界衛生組織的 FCTC。根據最近通過的 FCTC 第 14 條準則，要求落實戒菸並提供充分的菸癮治療。戒菸專家所提供給歐盟的建議中，特別強調培訓醫療人員的重要性，其他戒菸策略，如：臨床指引、提高菸價以及免費戒菸服務等也在建議中。

吸菸為所有可預防死因之第一位，也是全球可歸因死亡之第 2 位，全世界每年死於直接間接菸害相關疾病：心臟病、中風、癌症、呼吸道疾病者超過 500 萬人，還不包括兒童在內的二手菸受害者 60 萬人，到 2030 年每年死亡者將達 800 萬人，21 世紀全球累積死亡數將達到 1 億人。「戒菸」能立即減少吸菸造成的疾病和死亡，是最具成本效益之措施，戒菸過

程中若有專業人員協助，適時給予行為支持和心理輔導，有助於提高戒菸成功率。戒菸可預防致病與早逝，45 歲以下戒菸可減少 1/3 與吸菸相關疾病之死亡，45-65 歲戒菸可減少 1/4 與吸菸相關疾病之死亡，即使 65 歲以後才戒菸，也有助於減少相關疾病死亡達 1/8。相對於其他的醫療衛生介入政策，戒菸可以挽救不必要的生命損失且極具成本效益。世界衛生組織「菸草控制框架公約」，也揭示應將菸癮診斷、治療及諮詢納入國家衛生計畫。

大會專家一致認為，落實以實證為基礎之理論建議，進行成效評估，並研擬可靠有效之評估工具，以作為未來衛生政策實務興革之參考方向。有必要依據國外推展且實證之方法，於實施戒菸服務措施，進行相關政策評估與評價研究。世界衛生組織亦呼籲各國履行 FCTC 以管制菸草帶來的危害。

英國將吸菸視為一種慢性成癮性疾病，其菸害防制計畫目的在於降低兒童與青少年的吸菸率，幫助成年吸菸者戒菸、尤其是最弱勢與貧困的族群，並提供孕婦特殊的協助。所提出的策略包括：禁止菸品廣告、進一步提高菸品價格、降低職場和公共場所吸菸的方法、減少兒童開始接觸菸品的措施，並挹注經費資源於戒菸治療服務（包含戒菸藥物治療費用）。



世界衛生組織「菸草控制框架公約」第 14 條「菸草依賴與戒菸」準則，指引締約方遵循，主要內容包括要求將菸草依賴視為疾病納入健康保險治療給付範圍、強制規定所有診療均應提供吸菸者簡短戒菸諮詢，並將是否吸菸登錄病歷記錄、將菸癮和戒菸納入醫藥護理相關科系之基礎教育、提供民眾免費或負擔得起的戒菸藥物治療等。

為此，衛生署國民健康局在去（99）年即透過醫院、職場、學校、軍隊及社區等場域，推動戒菸共同照護網計畫，鼓勵吸菸民眾利用門診戒菸服務、戒菸專線、戒菸班、社區藥局等資源戒除菸癮。培訓社區藥局、校

園、職場及醫療院所之戒菸衛教人員；99年培訓之專業人員數達2萬7,450人，為98年之64倍，歷年合計之2.8倍，奠定社區戒菸服務之基石。此外，印製與發送145萬餘份「戒菸教戰手冊」，以提供民眾相關戒菸資訊，積極鼓勵癮君子採取戒菸行動，尋求專業支持，專業協助戒菸。簽署戒菸卡並同意電話戒菸關懷人數計73萬7,691人，已同意電話關懷人數約佔發送教戰手冊之50.6%。衛生署國民健康局目前提供多元戒菸服務，包括：

門診藥物戒菸治療服務：2010年提供門診藥物戒菸診療服務之合約醫療院1,886家；自2002年開辦至2010年，接受戒菸服務之個案數累積至44萬1,104人，其中2010年全年服務14萬722診次、5萬3,721人之服務量，6個月戒菸成功率約為22.9%。

自2003年辦理之「戒菸專線服務計畫」，透過電話的便利性、隱密性與可近性，結合專業的心理諮商，提供免付費的電話(0800636363)戒菸諮詢及諮商服務，至2010年累計服務51萬3,923人次。2010年提供電話諮詢服務量8萬9,808人次，6個月戒菸成功率約30%。

此外，結合當地衛生所、醫院等資源開辦戒菸班561場，參加人數10,999人。推動社區藥局戒菸諮詢站，目前於全國約700多家社區藥局加入，社區藥局是「戒菸好厝邊」，藥師具有戒菸個案諮詢與管理之專業能力，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，提供戒菸者客制化諮詢與支持，能就近協助社區民眾戒菸。

歐盟推動的無菸醫院，就包含提供吸菸者積極主動的戒菸支持，提供吸菸員工戒菸服務，辦理有關戒菸與菸害的員工教育訓練，提倡社區菸害防制，以及研究與評估。台灣是亞洲第一個加入國家，期望未來透過辦理無菸醫院認證等，增強醫療體系功能來協助吸菸者戒菸，例如：各醫院建立辨識病患吸菸與否的主動提示系統、醫療衛生專業相關人員勸戒吸菸病患戒菸及提供或轉介所需的戒菸專線、社區戒菸資源及戒菸藥物治療等戒菸服務，亦將可減少健康不平等之發生。

(三) 健康不平等 Health Inequalities

Johan Mackenbach 教授是公共健康領域著名的學者。他是一名流行病學家和公共衛生醫師，和 Erasmus 大學公共衛生學院院長。在專題演講中，他指出，將會有一個健康的不平等表現在：吸菸。健康不平等現象是存在，且存在於整個世界。吸菸是導致的不平等的發病率和死亡率中最**重要的因素**。研究顯示，菸害防制是其中最重要減少健康不平等的干預措施。研究發現教育程度較低者，有較高的吸菸率。吸菸相關死亡率就如女性因肺癌、慢性肺阻塞肺病等死亡率增加。

Mackenbach 教授指出，社會經濟地位、教育程度較低的族群，吸菸盛行率較高，這是普遍存在於各個中低收入國家的狀態，這背後隱藏著社會不平等的因素，並不僅止於個人行為，政府政策應該以宏觀及全面性的角度來解決這個問題，這是社會環境問題，而不是個人行為問題。

而菸害防制政策的制定需要各領域專家參與，以及強而有力的委員會，包含：研究者、參與推動者及政策制定者，以減少健康不平等之發生。重要的是，衛生福利政策的重要性在於直接改變低社會經濟地位民眾的健康相關行為。Mackenbach 教授說：“**我們可以減少健康不平等現象，如果我們真的想要的話**”。

此外，Cora Honing 提到：Europe in Poor Health。Cora Honing 工作在荷蘭癌症協會，她提及

(一)這是什麼主題的會議？

討論的主題是有關菸害防制社會 健康不平等。吸菸是一個社會的健康不平等的重要原因。戒菸將有助於減少這些健康的差異。這需要行為的改變。

(二)會議的目標是什麼？

主要目的是設法接觸到那些處於不利地位的人，與解決吸菸對他們健康的影響。我們需要找到有效的做法才能成功。

(三)為什麼荷蘭癌症學會將吸菸列為一個重要課題？

約有 30% 的癌症的死亡與吸菸有關。我們不斷告訴人們吸菸增加對健康的風險。我們與 STIVORO、荷蘭心臟協會和氣喘等實施具實證證據為基礎的策略，以減少與吸菸有關的健康問題。

(四)現階段您菸害防制主要優先的是什麼？

我們正在努力建立國家和國際聯盟發展的接軌，讓菸害防制在今(2011)年9月聯合國高峰會，成為非傳染性疾病防制的最重要議題。

另外，在 Lower socio economic status and effects of policy 這個場次主題，英國愛丁堡大學 D.D. Ritchie，講題為：「The re-shaping of life-worlds: Male UK Bangladeshi smokers and the English smoke-free legislation」，透過質性訪談發現最主要影響孟加拉人吸菸與否的因素，分別是社會氛圍與文化因素，該研究最有趣的發現是遠赴英國工作的孟加拉人並不吸菸，但當他們短暫返鄉至孟加拉時，卻受到周遭社會人際網絡的影響又開始吸菸，然而當他們再度回到英國工作時，又停止了吸菸動作。由以上的研究結果發現，社會文化因素是吸菸與否的重要決定因子。

英國 Bath 大學學者 Anne Gilmore，講題為：「Evaluating social and behavioural impacts of English smoke-free legislation in different ethnic and age groups」，除介紹英國的菸害防制法規與政策外，他的研究為一個長期的質性研究，透過深度訪談的方式訪問吸菸者，對於菸害防制政策實施前後，吸菸者的行為差異及其影響因素。結果發現，菸害防制政策對於吸菸者的行為是有正面效益的，包括減少吸菸量與成功戒菸。不過，也有負面的效應，例如：60 歲以上老人，因為不吸菸而增加了社會人際關係的疏離。研究結果顯示：菸害防制政策，除了我們所重視的戒菸議題之外，也需要考量年齡、性別等個別因素所帶來的衝擊，未來在政策制度上的規劃，應針對此部份有所設計。

National and Kapodistrian – University of Athens) 的 F.F. Filippidis，講

題為：「Higher socioeconomic status and educational level are not associated with lower smoking prevalence in Greece」，提及希臘的吸菸問題嚴重，2005年希臘的菸草生產另是全世界最高的。在許多國家裡，吸菸的盛行率在不同的社會經濟階層有顯著的差異，但在希臘卻不然。此研究運用希臘國內的 National household survey Hellas Health 調查資料庫進行分析，研究結果發現，特別在社會經濟階層的部份，有別於其他國家的研究結論，高社經地位的人吸菸盛行率反而很高，教育程度高的人吸菸盛行率也高。此研究給我們一個提醒，教育和社會經濟地位並非吸菸者的主要決定因素。

英國 Bath 大學 F.E. Beck，講題為：「Disadvantaged women's experiences of smoking cessation and the UK stop smoking services」，菸草控制框架公約在菸品使用的控制介入，尤其對女性特別有效。透過質性訪談的方式，深入了解在英國女性的吸菸形成因素與社會脈絡。研究結果顯示，社會規範對女性戒菸有顯著的影響力。

University of Amsterdam 的 A.E. Kunst，講題為：「Socioeconomic inequalities in smoking in 50 low and mid income countries around the world」，回顧 50 個國家的吸菸人口狀況，發現社會經濟地位、教育程度較低的族群，吸菸盛行率較高，這是普遍存在於各個中低收入國家的狀態，這背後隱藏著社會不平等的因素，並不僅止於個人行為，政府政策應該以宏觀及全面性的角度來解決這個問題，這是社會環境問題，而不是個人行為問題。

Trinity College Dublin 的 Reulbach, U.R，講題為：「Single mothers – a vulnerable group with a high smoking prevalence」，研究探討單親媽媽的吸菸盛行狀況，結果發現，單親媽媽的吸菸盛行率遠高於一般媽媽，其背後的原因是因為多數單親媽媽因為生活經濟來源不佳，導致貧窮，進而導致吸菸。建議介入措施應該針對此特殊族群，解決他們的經濟狀況才是從根本源頭的改善之道。研究給我們一個提醒，不能只看研究結果的表面，而是必須去了解其背後的成因，包括社會脈絡以及整體國家制度的結構。

(四) 提高菸稅與菸價

在菸稅及菸價場次演講中，加州大學舊金山分校菸害防制研究及教育中心主任 Dr. Stanton A. Glantz 在大會中報告加州在推動菸害防制立法等經驗，加州為美國第一個州通過職場全面禁菸的法令，在推動無菸環境的成功實例，規範吸菸者在公共建築物 20 英尺內全面禁菸。且實工作場所禁菸以保障員工健康，將餐廳視為工作場所之一，因此率先實施餐飲業、酒吧禁菸；至目前為止，實施禁菸對於餐廳業的營業不僅無負面影響，甚至還促使生意更好，同時加州政府從餐飲娛樂業所收得的稅收持續上升。加州的菸害防制工作的總體目標包括：1.預防吸菸、2.保護不吸菸者不受二手菸的危害、3.減少吸菸者對菸品的接觸及 4.鼓勵戒菸。工作重點包括：(1) 強化加州菸害防制計畫；(2) 降低特殊族群的高吸菸率；(3) 降低二手菸的暴露率；(4) 增加戒菸治療的可近性；(5) 限制與規範菸品、菸商的活動及影響等。



加州已領先世界二十多年累積了相當多的經驗，特別是推動防制二手菸害、菸盒警示圖文、禁止菸品廣告與贊助、戒菸治療服務、菸品包裝與標示、監測、研究等工作的落實有很多成功的經驗。Dr. Stanton A. Glantz 表示加州菸害防制計畫已成功改變社會規範，民眾廣知二手菸危害並有拒吸二手菸的權利，在菸品相關的癌症發生率及死亡率亦都因實施菸害防制法令後，有明顯的下降。

除加州外，會中亦有世界衛生組織代表、歐盟、泰國等經驗，一致建議各國應提高菸稅以降低吸菸率及菸品使用量。台灣相較韓國、香港、新加坡及澳洲等鄰近國家菸價，台灣菸價偏低，依世界銀行參考已開發國家建議，稅捐應占菸品零售價 66.7% 至 80%。有必要提高菸品健康福利捐以降低吸菸者購菸、吸菸意願，促使吸菸率下降。

(五) 無菸醫院

1、有關 2011 年 3 月 29 日 Lunch Meeting (13:00~14:00) 召開的無菸醫院會員特別會議 (ENSH Extraordinary General Assembly)，重點摘錄：

- (1) ENSH global network for tobacco free health services—General Assembly 歡迎台灣、瑞典及德國新加入之會員參與本次會議，特別是台灣遠道而來。
- (2) ENSH Smoke-Free Hospital 各國無菸醫院相關在場成員自我介紹：(計有 15 位參與會議)，包括：Chairman, Dr. E. Fernández(在西班牙巴塞隆納)，Ann O' Riordan (愛爾蘭 HPH task force project)，Crista. Rustler(德國 TFU coordinator) 及 Norway、瑞典 HPH、愛爾蘭、希臘、法國、比利時等各國代表。
- (3) 未來推動應著重在區域網絡會員推動無菸醫院之 Process, structure for member to implementation 以及 How to support new members? 等重點面向。
- (4) HPH Networking 德國很積極推動醫院 Health care services 工作，目前約有 150 家醫院參與此計畫。
- (5) Ann O' Riordan 會再與衛生署國民健康局邱局長淑媿報告如何加強 international HPH & ENSH coordinator network，建議於今年六月芬蘭第 19 屆健康促進醫院國際會議中安排討論如何加強兩者之互動。
- (6) TFU 亦是 project 合作夥伴，也許可於六月芬蘭第 19 屆健康促進醫院國際會議中有非正式會議，由 Crista Rustler 與 Ann O' Riordan 協助與邱局長淑媿討論 TFU 及 HPH 與 ENSH 如何加強連結與互動。
- (7) 未來再評估是否安排各國家推動經驗分享及參訪。
- (8) 主席 Dr. E. Fernández 說明新加入會員有印度、澳洲、台灣、挪威等，會中特別請台灣報告無菸醫院認證及網絡發展之現況及 2011 年行動計畫(action plan)，各國代表亦詢問台灣目前人口、醫療

服務體系有多少家醫院等之介紹外，並說明目前局長業已完成翻譯 core, standard, material 等工具翻譯為中文，並即將在台灣推動應用。

(9) ENSH 目前除與 California 等其他國家聯繫洽談加入網絡外，Crista Rustler 報告中國大陸有與其聯繫，於今年 4 月邀請他前去研討會演講無菸醫院之議題。

(10) 未來 Wensite 及 Newsletter 等要做最新訊息公布。

(11) 會議現場投票表決同意批准台灣加入區域網絡會員乙案，今(2011)年 6 月芬蘭第 19 屆健康促進醫院國際會議中安排報告案，將再與 HPH Board 討論。會議則已安排 6 月芬蘭會議有金獎參賽訓練工作坊 Gold Forum Training Workshop。

(12) 未來應將加強提供新會員要怎麼做？等相關訊息及準備規劃 newsletter 出版事宜。

(13) 利用機會行銷台灣百年老店金牌鳳梨酥並與會員成員合影。

(14) 其他相關事項紀要：會後向 C. Martinez 詢問其表示 ENSH 秘書處只發區域網絡會員 coordinator 證書，個別會員證書則由各區域網絡製作發送，ENSH 秘書處會提供會員證書之格式及樣張。另，日後會員申請資料用 PDF 電子檔即可，紙本不用寄到西班牙。



2、有關 2011 年 03 月 30 日 Lunch Meeting(13:00~15:00)由本次出國人員與歐洲無菸醫院網絡代表 Crista. Rustler、Ann O'Riordan 等商討：台灣無菸醫院網絡發展計畫於今年 8 月中下旬辦理研討會及明年金獎規劃與準備事宜。重點摘錄如下：

(1) 有關 2011 年 8 月中下旬於台灣舉行之無菸醫院研討會

A、ENSH 無菸醫院網絡及醫院輔導應該如何著手進行？

- a. 醫院可以先依自評表標準進行自評，先了解自己的表現狀況。
- b. 今年 4 至 10 月間將在醫院輔導的過程中，也可舉辦 workshop(工作坊)，人數不用多，大約 15 人以下，邀請輔導專家以及醫院共同坐下來討論，討論是否遇到困難、學習別家醫院的作法，透過討論可以更加釐清評核指標的意義與準備方向（因為有時候只看文字各自解讀會有誤差），也可以促進醫院之間的互動與合作。
- c. 建議中小型醫院可以到做得不錯的大醫院進行「標竿學習」。
- d. 鼓勵台灣不僅邀請一般醫院參與本計劃，精神照護機構、基層照護機構也很歡迎。

B、今年 8 月中下旬研討會採用 Combine Conference 的方式，與醫管學會的品質年會結合辦理，Crista. Rustler 表示很認同，也建議邀請過去在國際上得過金獎或做得不錯的醫院（愛爾蘭、西班牙、德國）前往台灣做經驗分享。有關屆時研討會的 Keynote Speech 以及其他國家醫院的推薦名單與聯繫方式，將會再提供給我們。

C、除了可以邀請上述在國際上得過金獎的醫院到台灣演講之外，建議也可以邀請其他沒有參與無菸醫院網絡的醫院前往了解，也可以介紹他們的菸害防制政策與成果。

D、台灣的部份，可以邀請有興趣角逐 2012 年金獎的醫院在研討會上經驗分享今年推動無菸醫院的過程。

E、關於 8 月中下旬研討會的確切時間，需等其回到德國柏林確認她的行程表後再告知我們進行後續安排。至於外賓邀請名單部份，將會再 mail 告訴我們建議人選與聯繫方式。

(2) 有關 2012 金獎準備事宜

- A、過去無菸醫院網絡的金獎準備過程，在開始之前會有一個討論會（用信件的方式溝通討論），有助於大家準備的更好。
- B、金獎的申請書格式近期有進行改版，無菸醫院歐洲秘書處將再確認內容後會寄給我們。
- C、金獎申請書的寫作樣板，Crista. Rustler 會再提供我們參考。未來台灣的醫院填寫申請書時，她允諾願意私下先幫我們看看寫得是否妥當，她將會給醫院修改建議，待醫院完成修正後再正式送審。
- D、金獎申請書只要書面審查作業即可，各網絡窗口（例如：衛生署國民健康局）的角色則是協助把關，認可台灣要申請金獎的醫院資格是否符合，也需要在申請書上面填寫推薦理由與說明（證明該醫院符合資格，有資格可以角逐金獎之意）。
- E、台灣網絡窗口於收到各家醫院的申請表時，可以先檢視有無問題，若有疑問可以先向她詢問，以免未來送件後又發現有問題，一來一往會耗費不少時間，在此過程中發現的疑問與解答，可以做成 Q&A，以提供醫院在準備申請過程中的一些方向指引。
- F、全球金獎（Gold Award）的贏家只有一家醫院，但是被提名爭取金獎的醫院都可以得到全球國際的 Gold Level Forum Recognition，以免醫院覺得自己也很努力，卻只有一家得獎會很沮喪。
- G、台灣明年要爭取金獎的醫院不用再事前申請銀獎，因為有通過「健康促進醫院認證」，就認可為有「銀獎」等級了。
- H、醫院若要申請金獎是需要付費的，但通常費用並不是太貴（約 150-250 歐元左右，確切金額 Crista. Rustler 需再確認後告知）。
- I、有關後續相關準備流程、文件等，將另行提供參考。

二、有關參訪單位重點摘述

(一) 參訪歐盟執委會健康暨消費者保護總署

歐盟執行委員會職責是維護歐盟整體的利益，主要任務在於將條約中的規範付諸實現，並對歐洲議會負責，而不受會員國的左右。為了執行這項工作，條約賦予執委會獨立的地位和獨享的法案創議權，所提出的法律草案將同時交由理事會與歐洲議會進行審議；理事會與歐洲議會僅能要求執委會就某政策事務提案，本身並無法案之創議權。所以人稱執委會是歐洲統合的發動機，便是基於這個原因。歐盟執委會設有 27 個委員，其和歐洲議會一樣，每屆任期五年。目前執委會共有 23 個總署，現任歐盟健康暨消費者保護總署署長(Director General)Mrs. Paola TESTORI-COGGI。

本次承蒙駐歐盟兼駐比利時代表處衛生醫療組蕭組長東銘、樂欣秘書，感謝她們極力接洽歐盟執行委員會辦公室，代表處衛生醫療組蕭組長東銘、樂欣秘書及台北市政府衛生局游麗惠處長及國民健康局羅素英科長等，方能參訪歐盟執行委員會健康暨消費者保護總署 (Health and Consumer Protection Directorate-General, 簡稱 DG SANCO)，其隸屬歐盟執委會，目標在於保護歐洲人民的健康、安全和消費者的權益。主要政策包含公眾健康政策、消費者政策及食品衛生安全等政策。

DG SANCO 共設有 6 司處，約有 1,200 位員工，分為「一般性事務司(Directorate A)」、「消費者事務司(Directorate B)」、「公眾健康及風險評估司(Directorate C)」、「動物健康及福利司(Directorate D)」、「食物鏈安全司(Directorate E)」及「食品及獸醫辦公室(Directorate F)」等六大組。公共衛生政策及消費者政策分別由 C 及 B 司處規劃及執行，而食品安全政策則由 D、E 及 F 司處共同負責。

位於比利時布魯塞爾的 C6 部門，主要工作任務為：1.在國際的角色上推進全球衛生策略，負責與國際機關間(例如 WHO)的協調談判工作。2.發展歐盟在菸害防制及血液、組織、細胞品質安全，這兩個特別領域方

面的法律。3.法律修訂工作、常規委員會管理、監測歐盟法規在會員國的執行情形。本次參訪除瞭解歐洲執委會菸害防制政策規劃及經驗外，並與歐盟執委會 C6 (Health Law and International) 菸害防制官員 Anna-Eva AMPELAS、Teejo PEETSO 及 Andrea SCHWARZ 等討論與報告台灣菸害防制現況及成果。

茲就參訪過程及其提供之「Tobacco Control in the EU factsheet」及「Tobacco」兩份出版品摘述菸害防制概況、法規、無菸環境、宣傳活動及菸害防制法令政策支持度等方面如下：

1、歐盟菸害防制概況

(資料來源：歐盟執委會提供之 Tobacco Control in the EU factsheet 及 Tobacco 兩份出版品)

- (1) 歐盟 30 個會員國目前吸菸率為 29%，南歐中特別是希臘有超過 40% 民眾吸菸，其次是保加利亞 (39%)、匈牙利 (38%)、土耳其 (37%)、從前的南斯拉夫共和國馬其頓 (37%)。
- (2) 歐盟的吸菸人數一直在下降，但仍有三分之一的歐洲人吸菸。為了以經濟有效的手段提高歐洲人民健康水平，歐盟執委會一直在國家機構層面與全球層面努力實施菸害防制。
- (3) 每年有超過 65 萬歐洲人由於使用菸草而早逝，每年有 19,000 名不吸菸的歐洲人由於在家中或工作地點吸入二手菸而死亡。2,000 年，吸菸對社會造成的經濟損失合計超過 1,000 億歐元(相當新台幣 43,000 億元)。且有跡象顯示情況正在改善，社會對吸菸的容忍度愈來愈低，愈來愈多的歐盟會員國頒布禁菸法規，以保護其公民在公共場所、公共交通工具和工作場所中免受吸菸的危害。
- (4) 歐盟的菸害防制政策有三大支柱：(1)法規、(2)宣傳、(3)國際公約。
- (5) 有關菸害防制的法規：從 1980 年以來，歐盟為了限制公民使用菸草，啟動了若干立法措施。這些措施一方面旨在管理菸草產品以確保統一標準及相對應的消費者訊息，另一方面旨在對菸草產品的管措施與以某些限制以保證公眾健康。
- (6) 菸草產品管制領域的主要法規源自菸草產品的指令 (the Directive on Tobacco Products)、關於菸草廣告的指令 (the Directive on Tobacco Advertising)。

2、歐盟菸害防制法規

官員 Anna-Eva AMPELAS 向我們說明歐盟菸害防制法規重點摘述如下：

(1) 歐盟菸草產品指令

歐盟菸草產品指令主要規定為：

- (A) 菸盒上面加註健康及其他資訊的警告字語、標示的字體大小及位置、警語文字敘述與大小，以提供更高層次的健康保護基礎；
- (B) 產品禁止使用「淡菸」、「柔和」或低焦油等字眼；
- (C) 強制要求生產商提供有關其產品中使用的全部成分的完整資料；
- (D) 規定了香菸中焦油、尼古丁和一氧化碳含量的上限值。

我們提到青少年吸菸率及販賣點等相關規範時，Anna-Eva AMPELAS 官員提到在歐盟各會員國對吸菸年齡並沒有明確的規範，有些國家則約訂定 16-18 歲之間。

菸害防制法規立法之 C6 同仁 Ms.Teejo Peetso 表示針對電子菸管制方面，她們認為電子菸是菸品另對含有尼古丁產品是列為管控項目中。

(2) 歐盟菸品廣告及贊助活動指令

歐盟於 2003 年通過之菸品廣告及贊助活動指令，會員國應禁止菸品廣告於平面媒體、廣播媒體及網際網路上刊登。歐盟為消除內部市場菸草貨品及服務流通障礙，並配合世界衛生組織菸草控制框架公約之談判以制定符合菸草管制公約規範。

有關菸品廣告之規範，尚有跨國界菸品廣告不得於電視播放，我們向其詢問電視及電影等吸菸畫面，嚴重影響青少年未來是否吸菸，因此台灣亦著手規範電視電影等等不得出現吸菸鏡頭等相關規範，我們請教其是否有相關規範之內容或報告可供台灣參考，Anna-Eva AMPELAS 表示歐盟執委會會定期報告各會員國執行、運作、活動與衝擊的訊息（包含 Social impact 社會衝擊、economic impact 經濟衝擊及 environment impact 環境衝擊），官員 Teejo Peetso 並表示我們所提電視及電影等吸菸畫面之部分於今年 12 月即將會完成該報告並會公布網站上。

(3) 無菸環境建議

許多歐洲民眾仍然經常在家中、公共場所或工作地點吸入二手菸。有

明確證據顯示，吸二手菸會導致死亡、疾病和殘疾，兒童和嬰兒受害尤其嚴重。約有 1/3 的歐洲國家已實施了綜合性禁菸法規，他們對公眾健康產生的正面影響，例如心臟病發作率降低了 11-19%。

歐盟執委會 在 2009 年 6 月 30 日向歐洲理事會提出無菸環境建議，號召所有會員國在 2012 年前深化防止公民吸入二手菸的措施。該無菸環境建議的主要內容為：(1) 會員國在採納建議後三年內，通過和實施法律以保護民眾在封閉的公共場所、工作地點和公共交通工具中避免吸入二手菸 (2) 通過保護兒童、鼓勵戒菸和在菸草包裝上增加警示圖文等措施來支持強化禁菸法規 (3) 通過建立國家級菸害防制聯絡網絡來加強歐盟層面的合作。

3、歐盟菸害防制的宣傳活動

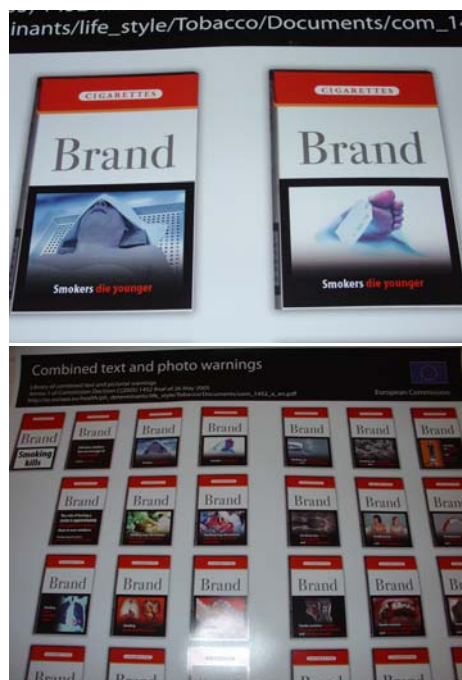
在 2005 年 3 月發展重點在預防青少年吸菸的宣傳工作，「HELP」—實現無菸人生，它是迄今為止歐盟組織規模最大的公眾健康宣傳活動之一。

4、歐盟菸害防制法令政策支持度

官員 Anna-Eva AMPELAS 提到歐盟民眾對於菸害防制政策支持度，根據 2008 有民眾對菸害防制政策的調查，結果發現摘述如下：

無菸場所的支持度：這項調查確定無菸政策在歐洲獲得壓倒性的支持。大多數歐盟民眾支持無菸公共場所，例如辦公室、餐廳及酒吧。對於職場吸菸限制的支持度輕微高於餐廳 (84% vs 79%)，2/3 的民眾支持無菸酒吧、酒館和俱樂部。二手菸暴露：根據調查資料顯示，有 32% 的受訪者於職場暴露於二手菸中，即使這樣的情形有下降趨勢，但仍有 19% 的受訪者於職場暴露於二手菸中。

菸盒菸品警圖：超過一半 (55%) 的歐盟民眾認為在菸包上加入彩色的警示圖片及健康警語，會比單純只有健康警語，更能強化警示的效果。目前有 3 類各 14 種菸盒警示圖文包括吸菸對身體器官及



功能的傷害、對嬰幼兒的害處、外觀的改變及戒菸的好處等輪流更替使用，相當具有啟發性，她們亦提供警圖海報供台灣參考。

於本次討論中以「菸害防制年報」介紹台灣菸害防制成果，歐盟官員一聽台灣無論在法令、吸菸率、無菸環境、戒菸服務、警示圖文、菸品管理等各面向成果，特別讚賞台灣菸害防制年報內容以實證為基礎，且與國際資料比較，特別拿了很多本歐盟執委會菸害防制報告，供台灣參考。另我們亦表明台灣雖然不是世界衛生組織的會員國，但亦遵從 FCTC 公約精神，推動菸害防制相關工作。希望未來歐盟執委會能多給與台灣協助。同時本次最難得的機會是能會晤歐盟執委會健康暨消費者保護總署長（Director General）Mrs. Paola TESTORI-COGGI 接見及合影留念。



與歐盟執委會 C6 (Health Law and International) 菸害防制官員 Anna-Eva AMPELAS、Teejo PEETSO 及 Andrea SCHWARZ 等

（二）參訪比利時Funds des infections Respiration菸害防制工作

有關參訪該單位當日是由 Caroline Rasson 及 Samuel Piret (Documentaliste-Webmaster)介紹歐盟、聯邦、地區及社區菸害防制現況。

位於比利時布魯塞爾的 Funds des infections Respiration 是為政府經費設立之組織，每年政府補助相當大之經費，早期該組織主要工作為肺結核防治工作，而隨著時代的演變，歐洲地區肺結核發生率減少，該組織工作任務逐漸轉型為菸害防制工作。

Caroline Rasson 說：在比利時法語區菸害預防首要工作是運用健康促進方法及就是要年輕人參與，建立不同的生活環境中的年輕人的對話空間與網絡、動機訪談培訓、活動的重點不是只注重對尼古丁上癮，對吸菸行為和社會因素影響他們的定位涵義外，更重於發展個人技能（包括：社會影響，重要的媒體，人際溝通技巧等）。以全面性的策略與方法，預防其因個人因素和社會背景因素影響其成癮和消費風險。



比利時法語社區菸害計畫，衛生專業人員在菸品使用和戒菸方面動員：(1)減少傷害的方法；(2)專業人士/家長的實施準則；(3)專業人員工作坊：專家和戒菸專家（稱為 tabacologues= “tobaccologists”）。

聯邦的無菸活動，包含：(1)戒菸方面，政府保險補助 8 次/2 年醫師 / tobaccologist 的訓練費用，第一次培訓課程 30€（約新台幣 13,000 元）；其他後續追蹤文件資料 20€（約新台幣 8,600 元）。另外，動員推動戒菸（推廣新的行動，常用的工具等）；(2)菸品危害方面，發展指引及專業人員培訓，以促進社會項目在實施減少吸菸及提高戒菸動機或停止吸菸。(3)有關菸品與懷孕方面，發展指引準則、加強被動吸菸和懷孕之前、期間和之後戒菸（培訓、工作坊、公共活動），使孕產婦沒有菸害。

比利時已經加入歐洲無菸醫院網絡，無菸醫院推動之精神理念以 LIGHT house 推動相關無菸法令、無菸環境及健康照護醫事人員菸害與戒菸訓練、醫院門診及住院病人戒菸服務等。且無論是門診或住院病人戒菸（包含戒菸諮商、尼古丁替代藥物療法政府醫療保險都有給付）。她們也致力推展醫事專業人員之戒菸訓練，包括：醫師、護理人員、心理師及藥師等。醫事專業人員戒菸訓練課程約有 8 個單元，都是在每週六以現場教學課程方式進行。值得一提的是，醫事專業人員戒菸訓練之訓練品質及認證非常嚴格，通過認證率約為 1/3，目前約有 600 多名參與訓練課程，但只有 224 名通過認證。

(三) 參訪比利時Saint Pierre University Hospital, Brussels及理想體

重門診

社會經濟環境的急速變遷與飲食習慣的改變，肥胖問題已成為全球關注的議題之一。而世界衛生組織（World Health Organization, WHO）早在1996年就正式將肥胖列為一種慢性疾病，2005年也估算出全球約有16億成人屬於體重過重，屬肥胖者則超過3億人。國際肥胖防治重要政策及策略，包括：公共政策與政府的高階領導的承諾與支持；規範以兒童為對象的不健康食物的廣告；制定政府食物採購的政策，建立健康飲食的供應體系，並帶動健康產業的發展；制定食品標示的規範；跨部門合作制訂農糧政策、推廣運動及健康飲食；改善致胖環境及建立友善的健康支持環境。擬藉由本次參訪學習比利時肥胖防治相關經驗。

首先先拜訪 Professor Guy Bernard Cadere 他是 Saint Pierre University 醫院腸胃外科主任，國際知名的腸胃手術專家，當日好不容易利用他於兩台手術空檔時間拜訪他，他表示秀傳醫院曾邀請來台灣參與有關肥胖之外科手術及防治研討會。

Professor Guy Bernard Cadere 提到：比利時標準體位(BMI 20-25 之間)；肥胖(BMI ≥ 30)人口一直增加中，約為 13.2%；有 33%的人過重(BMI 25-30 之間)。肥胖是一種危險的狀態，肥胖治療必須透過健康的生活型態及適當的飲食。當病人的身體質量指數 BMI ≥ 40 或是 BMI ≥ 35 合併患有其他疾病（例如：高血壓、糖尿病等），且飲食療法和運動療法完全沒有效果，使用藥物療法效果也不彰，這類型屬於「病態性肥胖」，才能建議實施外科手術。而手術治療肥胖是利用改變胃腸道的解剖構造而達到減肥的效果。

參訪理想體重門診由 Professor Van Lacethem and Dr. Vanessa Rolland 接洽，病患需經過醫師（營養、運動等）評估後，會與病患訂定體重管理計畫。醫院有運動健身房、精油按摩（由外包業者經營，需要另外付費）



等。外科手術後患者亦會安排門診定期回診追蹤。醫院理想體重控制門診與職場、學校及社區合作，兒童則由學校系統介入從小紮根納入學校營養與飲食教育課程；成人則由職場及社區介入積極防治，此外亦著重支持環境之營造等，我們亦與其分享台灣肥胖防治之相關經驗。

臺灣也因生活型態的改變，肥胖問題加劇，不但會造成社會問題，也造成一個嚴重的經濟問題。根據「2005-2008 國民營養健康狀況變遷調查」顯示成人過重或肥胖比率達 44.1%、教育部 98 學年度資料則顯示兒童及青少年過重及肥胖的比率已分別達 25% 及 27.1%，為防治國人肥胖日趨嚴重的問題，衛生署國民健康局為響應慶祝建國 100 年，整合了全國縣市衛生局，共同推動「健康 100 臺灣動起來」健康體重管理計畫，教導民眾透過「聰明吃、快樂動、天天量體重」，維持健康體重，擺脫慢性病的威脅。提倡健康生活，營造健康環境，號召全國民眾共同減重 600 噸，從企業、機關、學校、醫院參加，或者是全家或親朋好友一起揪團報名，並製作了「健康生活動起來手冊」，教導民眾將「聰明吃、快樂動、天天量體重」融入生活每個層面，實踐健康飲食及生活化運動，並維持健康體重。

肆、心得及建議

根據菸害防制在歐盟及歐洲、美國加州、加拿大等的工作與成果，考量台灣之現況，茲建議如下：

(一) 調漲菸品健康福利捐於抑制吸菸率與菸品消費

自 2003 年，世界衛生組織提出菸草控制框架公約（Framework Convention on Tobacco Control, FCTC）的簽署，各國紛紛簽署響應，我國在 2005 年由總統簽署，我國於菸價方面政策亦跟隨菸草控制框架公約的腳步。各國經驗皆指出，低所得者吸菸率較高，對於菸價的敏感度較高，調高菸價可以價制量，鼓勵低所得者減少在吸菸上的花費，而節省的金錢可用於日常生活的民生必須花費，透過協助低所得吸菸者儘早戒菸，更可減少其因吸菸引起相關疾病的醫療支出。

資料顯示提高菸稅與菸價是降低吸菸率、減低吸菸量及預防青少年吸菸較有效的策略，然我國的菸價一直偏低，宜參考歐盟、美國加州菸害防制等成功經驗，適度的提高菸稅與菸價可發揮以價制量的效果，課徵所得的經費，可用於菸害防制之教育宣導、營造無菸支持環境與戒菸服務等菸害防制相關策略與措施。此外，依菸害防制法之規定，亦可用於衛生保健、社會福利、防堵菸品走私與稅捐逃漏、菸農相關產業輔導與照顧等用途，以多方位的角度切入，促進與維護民眾之健康。

(二) 減少健康不平等，制定特殊族群菸害防制及戒菸服務策略

回顧歐洲及各國的吸菸人口狀況，發現社會經濟地位、教育程度較低的族群，吸菸盛行率較高，這是普遍存在於各個中低收入國家的狀態。

社會文化因素是吸菸與否的重要決定因子，吸菸這背後隱藏著社會不平等的因素，並不僅止於個人行為，菸害防制政策應該以宏觀及全面性的角度來解決這個問題，這是社會環境問題，而不是個人行為問題。建議未來介入措施應該針對此特殊族群，解決他們的經濟狀況才是從根本源頭的改善之道。另外，“今天年輕的吸菸者，明天的成癮大人”，應該保護青少年免於二手菸的危害。菸草經常是年輕人物質濫用的入門物，一旦開始吸菸，日後有較高的機率使用酒精及毒品。愈早吸菸的青少年會有較長的菸齡，而愈長的菸齡愈容易導致嚴重的健康危害。菸草控制框架公約在菸品使用的控制介入，尤其對女性、青少年特別有效。社會規範對女性戒菸有顯著的影響力，當務之急必須加以落實。

(三) 推動無菸醫院網絡，發展具特色之戒菸服務計畫與行動策略

歐盟在 1999 年成立了「歐洲無菸醫院網絡」(European Network for Smoke-free Hospitals, 簡稱 ENSH), 並於 2009 年成立「全球網絡」(Global

Network for Smoke-free Hospitals), 迄今已有來自 24 個國家的 1,500 個醫院加入, 該網絡期望藉由鼓勵全球醫院的加入並參與認證, 台灣是亞洲第一個加入國家。

我國自 2009 年菸害防制法新規定實施擴大禁菸場所、菸價調漲等, 預期吸菸者想要戒菸比率將大幅增加。為降低吸菸人口, 維護民眾健康權益, 衛生署國民健康局將 2010 年訂為「戒菸行動年」, 建立「戒菸共同照護網絡」, 除既有的門診戒菸與戒菸專線, 亦加強結合民間團體、宗教界與企業發動全年性宣導, 並結合地方衛生及相關部門廣邀民眾參與戒菸行動, 不僅營造職場、學校、醫院、家庭之支持性環境, 也提供多元戒菸服務, 推動各種戒菸就贏創意競賽等; 並透過辦理縣市衛生局局長、科課長說明會, 培訓社區藥局、校園、職場及醫療院所之戒菸衛教人員; 99 年培訓之專業人員數達 2 萬 7,450 人, 為 98 年之 64 倍, 歷年合計之 2.8 倍, 奠定社區戒菸服務之基石。更印製與發送 145 萬餘份「戒菸教戰手冊」(內含 2010 年戒菸共同照護卡), 以提供民眾相關戒菸資訊, 積極鼓勵癮君子採取戒菸行動, 尋求專業支持, 專業協助戒菸。2010 年戒菸共同照護卡簽署活動, 簽署戒菸卡並同意電話戒菸關懷人數計 73 萬 7,691 人。未來應更積極結合醫療院所及民間反菸團體資源, 推動無菸醫院網絡。

目前全球已積極的推動無菸的環境、協助民眾戒菸, 身為地球村一份子的我們, 更是責無旁貸。目前國內已有 54 家醫院加入無菸醫院行列, 藉由無菸醫院計畫及戒菸服務共同照護計畫醫院的參與推動, 進而發展具特色之戒菸服務計畫與行動策略, 更能與國際接軌、拓展台灣醫療及健康促進領域的交流平台, 讓台灣致力推動健康照護的努力在世界舞台上展現, 也是提升醫院聲譽及形象的最佳機會。

(四) 加強禁止菸商遊說與菸品廣告、促銷及贊助等工作

Neil Collishaw 教授形容「菸商根本就不是人, 菸商就像瘧疾的蚊子, 是導致疾病的媒介」。菸商的營利所得比起捷克等國家國民所得

(GDP)還要高，是個亟待因應的課題。國內需運用實證資料檢視菸商的因應策略如何影響公共政策。菸商在全球擁有很龐大的市場佔有率，力量也大到足以與政府單位抗衡。因此，我們更應透過法令規章對其有所限制。國內應全面禁止國內及跨國菸品的直接與間接廣告、行銷及贊助，包括禁止在各媒體通路含網路等的進行廣告與品牌延伸行銷、禁止對體育藝文活動的贊助及禁止在影視出現吸菸鏡頭等。

建議未來加強監測菸商的贊助及投資，杜絕菸商加入反菸團體與避免利益衝突等，並揭露菸商相關活動與運作的訊息，如製造、運輸、市場佔有率、收入及捐獻等，以避免公共政策受菸商及利益團體影響。

附錄 1 ECToH 研討會議程表

Program ECToH 2011

Sunday March 27

8.30-13.00	Pre-conference activities
13.00-14.00	Lunch
14.00-16.00	Pre-conference activities
16.00-18.30	Conference Kick Off and reception

Monday 28 March

9.15-9.40	Conference opening
9.40-10.30	Plenary speaker Laurent Huber : Implementing FCTC guidelines in Europe, how are we doing?
10.30-11.00	Coffee break
11.00-11.50	Plenary speaker Anna Gillmore : Countering smokefree hospitality in Europe, tobacco industry strategies to undermine smoke free legislation in Europe.
11.50-13.30	Lunch & posters
13.30-15.00	Parallel sessions 1
15.00-15.30	Coffee break
15.30-17.00	Parallel sessions 2
17.30-21.30	MIRO conference: The state of the art and challenges in smoking cessation: United Kingdom vs the Netherlands

Tuesday 29 March

7.00-8.45	Pfizer breakfast symposium: EQUIPP on FCTC article 14
9.00-9.10	Welcome day 2
9.10-9.55	Plenary speaker Johan Mackenbach : the Netherlands Epidemiology of social inequalities in smoking/tobacco related health disparities.
9.55-10.45	Plenary speaker Amanda Amos : Reaching the unreachable, disadvantaged populations.
10.45-11.15	Coffee break
11.15-12.45	Parallel sessions 3
12.45-14.00	Lunch & posters
14.00-15.30	Parallel sessions 4
15.30-16.00	Coffee break
16.00-17.30	Parallel Sessions 5
18.30-0.00	Dinner buffet, the Chain of Fools and surprise acts and award winning ceremony ECL/ECToH Young Professional award

Wednesday March 30

9.00-9.10	Welcome day 3
9.10-9.55	Plenary speaker Florence Bertelelli-Kemp : FCTC and beyond, emerging new policy options.
9.55-10.45	Plenary speaker Neil Collishaw : A supply-side approach to tobacco control.
10.45-11.00	Coffee break
11.00-12.30	Parallel sessions 6
12.30-13.30	Lunch
13.30-14.15	Plenary speaker Mike Daube : Australia's plain packaging, how they got there and then what?
14.15-15.45	Plenary 'Shape The future' session
15.45-16.00	Closing of the conference

Minutes of the Extraordinary General Assembly

March 29, 2011

Participants: Ann O’Riordan (Ireland), Cristina Martínez (Catalonia, Spain), Esteve Fernández (Catalonia, Spain), Esther Carabasa (Catalonia, Spain), Jacques Dumont (Belgium), David Chalom (Sweden), Tiiu Härm (Estonia), Bertrand Dautzenberg (France), Miriam Gunning (Ireland), Christa Rustler (Germany), Filippos Filippidis (Greece), Shu-Ying Lo (Taiwan), Pei Hua Chung (Taiwan), Florin Mihaltan (Romania), Manja Nehrkorn (Germany).

Place/Type of meeting: In person meeting

1. Welcome by the Chair

E Fernandez welcomes the participants and introduced the agenda for the Extraordinary General Assembly.

2. German situation balance.

A O’Riordan summarized the changes of ENSH-Germany during the last few months and the strategy that was necessary to be undertaken by the Coordinating Center (CC) and the former Coordinator of the ENSH-Germany (C Rustler) due to the closing of the ENSH Coordinating Center by HPH Germany (organization that formally supported ENSH Germany).

Now ENSH members in Germany had applied under the coordination of Prof. Batra, ENSH Advisory Board member in Germany for Corporate membership, coordinated and represented by a new independent organization Health Care Plus, Berlin, to continue its task of coordinating German hospitals which follow the ENSH model. This new society is directed by C Rustler.

B Dautzenberg asked how many former members have been lost during this process. C Rustler informed that 10 members were lost from the overall 192 that were members under the HPH host..

In addition, the ENSH Coordinators in Barcelona reported that no reply has been received from HPH after sending information about the decisions and actions affecting the ENSH-Germany. In addition, A O’Riordan expressed that TFU members are also concerned

about the lack of reply by the HPH organization on this issue.

E Fernández reminded attendees of the effort and support showed by the CC and the Board members to the ENSH German Coordinator (C Rustler) to deal and solve this problematic situation. C Rustler thanked the Board for all the support given to her and ENSH-Germany. She mentioned that ENSH is “a community” working in the same direction.

E Fernández suggested arranging a meeting between HPH-International and ENSH-Global in Turku to exchange insights on this issue. TFU will find out how to improve the communication with HPH-International.

E Fernández pointed out that other national/regional networks who share both projects will not be affected by this concrete issue. A O’Riordan proposed the creation of a waiver document (and presented a draft of it) with which members could resign and no longer have relationship with the CC Center of the project. Due to the importance of this topic, members suggested addressing it during the next Board meeting.

4. Presentation of new members

The Taiwanese representative Shu-Ying presented the Taiwanese network. Up to now, 11 hospitals are members of ENSH-Taiwan under the umbrella of the HPH Coordinating Center. Among the planned activities she described the following:

- To join more hospitals to the project. They have planned a national meeting which will help them to gather more members.
- To promote cessation programmes in hospitals.
- To run a survey in the community and at schools to ascertain tobacco consumption prevalence among adult and young populations.
- To conduct research projects about a Taiwanese cessation programme undertaken.
- To translate materials (into Taiwanese and maybe in Chinese).

In addition, the German representative (C Rustler) briefly presented herself and her new organization in Berlin named Health Care Plus.

4) New contacts

C Martínez reviewed the new contacts who have expressed interest in our project.

These are the following: Czech Republic, Lebanon, Australia, Norway, India, UK, China,

and Turkey.

In addition, E Fernandez reported that the Catalan Network “Tobacco-free Primary Care Centers” is considering starting to use the ENSH materials (such as the Code, the Standards, etc) and becoming formal members of the ENSH project.

5) Approval of new members

After this, the members decided to vote on the admission of new applicants (Germany and Taiwan). Seven of the 12 corporate members of the ENSH were present, as requested by the ENSH Statutes.

It was voted and approved to admit Germany and Taiwan as Corporate Members.

5) Funding

E Fernandez communicated that the Catalan government has cut 50% of the CC budget. Due to this situation, it is proposed that maybe it will be necessary to ask for economic contributions from partners to help with the payment of the expenses related with the project (website, leaflets, travel...).

E Fernández informed that the call for operating grants has again been opened by SANCO (deadline: 27th May) It was suggested that we could focus a probable application on tobacco cessation and education.

S Fleitman suggested thoroughly reading the project guidelines and contacting the EU officers. She also suggested applying to the Bloomberg Foundation now that we have low and middle-income countries interested in the project.

6) Website and logo

The CC informed all that the website is being redesigned. In fact we have approved the new layout. The website will be completely new but will retain the same information.

E Fernández reminded the necessity to have all the ENSH Core materials translated in all the languages before the launch of the new ENSH website.

Time of the meeting: 1:15

附錄 3 無菸醫院工作坊：啟發—支持衛生工作者推動菸害防制政策
從理論到實務：激勵工具與推動策略
跨領域夥伴與宣傳 TFU—無菸國度

ENSH Symposium: “Be inspired: supporting health care workers to implement tobacco free policies”.

Tuesday 29th March: 16.00 – 17.30 h (90 minutes)

16.00– 16.15h	From theory to practice: motivational tools and implementation strategies. Speakers: E. Fernández - C. Martinez – (10') 3 Q+A
16.15 – 16.30h	Multidisciplinary Partnerships and advocacy TFU – Tobacco Free United. Speaker: C. Rustler (10') 3 Q+A
16.30- - 17.30h	Discussion Forum (60': 3' presentations and 5' discussion for topic) Engaging health professionals in the movement

Methodology: As you will see, the symposium is divided in 3 parts:

1. Parts 1 & 2 general presentation of ENSH and TFU activities (presentations 10 'each)
After each presentation, Sibylle Fleitmann (moderator of the section) will ask to the audience about their experiences and opinions about the topic debated.

2. Part 3: Discussion Forum. Each topic has been assigned about 8 minutes.
Each facilitator is requested to prepare and deliver a prepared statement (3') on the topic assigned and then invite symposium participants to give their comments /questions and facilitate discussion of the topic (5'). To assist each facilitator to focus their statement, please look at suggestions for each topic below.
Ann O'Riordan (moderator of this section) will collect statements/comments for presentation at the end of the session. The last 5 minutes will be allocated for conclusions.

The organizers of this symposium have proposed this format to stimulate increased audience participation and promote a two way learning process among the participants and the organisers.

QUESTIONS TO DISCUSS IN THE FORUM

1. What strategies to engage health workers in local organizations using the ENSH concept? Speaker: Pauline Kent, Irish co-ordinator from the hospital

Focus: what was the **most effective strategy** used to engage health workers?

2. How to obtain the commitment of existing networks and develop partnership with them: Speaker: David Chalom, Swedish co-ordinator of the ENSH Network

Focus: what was the **main factor** that contributed to commitment/partnership being

attained?

3. How to involve key professionals in the health care setting: The role of the “tabacologist” in France and Belgium. Speakers: Bertrand Dautzenberg, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière and France Jacques Dumont, FARES Belgium.

Focus: what is the **main role/training** of a “tabacologist” has for effectively involving key professionals?

4. How can the ENSH concept be transferred, example of its usage and application in different countries: Speaker: Tiiu Härm, Estonian ENSH Network.

Focus: what was the **most supportive** aspect for the ENSH concept in Estonia?

5. How can collaboration with other international projects be strengthened, ENSH Network and the Bloomberg project to develop tobacco-free health care centres. Speaker: Florin Mihaltan, Romanian ENSH Network.

Focus: what **key factor** assisted or supported effective collaboration in Romania? What could be improved?