

菸品健康福利捐預算分配的公平性

李卓倫 郭昱君 陳冠婷 歐惠卿 郁風如

中國醫藥大學 公共衛生學系

目的 瞭解2003年和2004年香菸健康捐的預算分配與實際執行狀況，並探討其是否符合社會公平的精神。

方法 蒐集各承辦單位現有的健康福利捐之經費資料，再探討各業務的社會公平性，主要考量為是否將健康捐用於吸菸民衆，或是其他健康與經濟地位的弱勢族群。

結果 菸品健康福利捐總額約為每年100億，其中健保醫療費用約70億，社會福利、菸害防制、衛生保健各約10億，而前二者基本上符合社會公平的精神。菸害防制項目預算執行的重點為補助地方政府、菸害防制宣導、戒菸教育服務體系三項計畫，佔菸害防制經費的90%（2003）和86%（2004）。衛生保健項目補助地方政府和國家防癌計畫兩項計畫，佔衛生保健經費的53%（2003）和56%（2004）。菸害防制項目符合公平原則的計畫包括與戒菸直接或間接相關，或與疾病防治直接相關的計畫。衛生保健項目由於對象為一般民衆，容易造成公平原則的模糊。

結論 健康捐用於健保醫療費用並未違反社會公平性，但菸害防制與衛生保健經費分配部份仍有公平原則模糊的疑慮。（中台灣醫誌 2007;12:203-10）

關鍵詞

公平性，政府預算，健康福利捐，菸品

前言

台灣專賣事業起於1898年的日治時代，當時專賣鴉片、食鹽與樟腦，1910年成立台灣總督府專賣局，將專賣範圍擴大為鴉片、食鹽、樟腦、菸草、酒類、火柴、度量衡和石油八項，後因政策改變僅剩樟腦、菸草、酒類、火柴和度量衡五項。1945年二次大戰之後改為台灣省專賣局，又於1947年改組為台灣省菸酒公賣局，業務縮小為菸、酒、樟腦三項。1968年終止樟腦專賣業務，僅剩菸酒兩項[1]。專賣事業一直到2002年為了符合加入世界貿易組織的約定才正式廢止，並且實施菸酒管理法與菸酒稅法[2]。

依照2000年底菸酒稅法修訂菸品健康福利捐分配及運作辦法[3]，菸品健康福利捐之分配以70%供全民健康保險安全準備，菸害防制、衛生保健、社會福利各10%。其中菸害防制與衛生保健項目由衛生署國民健康局承辦，而社會福利則歸屬於內政部。

聯絡作者：李卓倫

地址：404台中市北區學士路91號

中國醫藥大學 公共衛生學系

收文日期：2007年4月9日 修改日期：2007年8月13日

接受日期：2007年8月20日

世界衛生組織菸草控制框架公約[4]指出價格及稅收措施是減少人群菸品消費的有效及重要之手段，尤其對青少年族群可以產生抑制。我國亦修改菸害防制法[5]，菸品健康福利捐依專款專用原則彈性調整，透過健康捐推動菸害防制工作。雖然各國的財政部傾向於不贊成對稅收指定用途，例如指定用於健康保險、菸害防制、公共衛生和社會福利，但研究顯示對於稅收入指定用途有助於民眾對於菸稅政策的支持[6]。

然而菸品健康福利捐的課徵卻有公平性的考量，因為抽菸人數或抽菸總量與低社會階層息息相關，香菸稅額的增加大多落在社會經濟地位的低階者，因此香菸健康捐的應用值得政府特別考量其公平議題[7]。此外由於香菸的所得彈性較低，台灣的估計值約為0.2 [8]，代表隨著所得的增加，香菸攝取的增加程度將小於所得的增加程度，亦即較低所得者必須承擔相對於其所得較重的香菸成本與稅賦，高所得吸菸者付出的香菸平均稅額佔所得的比率較低，因此香菸稅由所得比率的角度而言便成為標準的累退稅。研究顯示香菸稅佔家戶所得的比率，對於家戶年所得低於20萬的家戶而言為1.09%，對於家戶年所得高於100萬的家戶而言為0.24% [9]。

其他的本土研究顯示台灣一般民眾香菸的累積攝取量與教育程度和家戶所得呈負相關[10]。英國的研究顯示香菸稅由絕對稅額和佔所得比率的角度而言，均呈現累退現象，社會階級第一至第五階層每星期所繳的香菸稅分別為73、198、260、282、356便士[11]。美國的研究顯示家戶年所得低於一萬美元、二萬至三萬五、高於五萬者每年所繳的香菸稅分別為81、69、49美元，分別佔其所得的1.62%、0.25%、0.08% [12]。

正因為菸品健康福利捐的課徵存在公平的考量，政府應該特別注意將所徵收的菸品健康福利捐，透過預算分配儘量用於社會弱勢者身上。本研究的目的即在瞭解菸品健康福利捐的預算分配與實際執行狀況，並藉分配正義理論探討健康捐的分配運用是否符合社會公平的精神。

美國各州曾陸續通過有指定用途的菸稅法案，例如加州[13]、麻州[14,15]、亞利桑納州[16]、奧瑞岡州[17]等等。其中奧瑞岡州法案的目的，主要在為該州的健康保險募集財源，實施初期有90%用於健康保險，10%用於菸害防制[17]。美國奧勒岡州的菸稅在過去十多年內成長迅速，從1993年每包菸課0.28美元成長到2005年每包菸課1.18美元。菸稅的成長讓奧勒岡州在2005年的菸稅總收入達二億二千萬美金，其中健康保險分配到73%，菸害防制分配到3% [18]。美國麻州則發現有23%的新增菸稅用於菸害教育與菸害防制用途[19]。

材料與方法

主要研究方法是蒐集各承辦單位現有的菸品健康福利捐之經費資料，歸納出其配置運用情況，再以分配正義理論探討各業務的社會公平性。

在分配正義理論中，不同理論強調不同的原則[20,21]，其中權力賦予(entitlement)強調公平的基礎在於個人具有透過正當手段以獲得或轉移所有物的自由權力，政府不應介入個人財產的分配或限制財產權[22]。功利主義(utilitarian)最常利用市場導向思考模式追求最大的效用，也就是追求最大多數人的最大利益[23]。契約理論(contractarian)強調自由權力與競爭機會的平等，並應該優先確保最弱勢者的利益[24]。在上述三種理論之中，權力賦予理論比較適於討論課徵菸稅的合理性，功利主義比較適於討論課稅對市場效率的影響，而契約理論比較適於討論稅收分配的公平性。也由於契約理論與本文所要探討的內容較為相關，本研究因此採用契約理論的觀點，來論述菸品健康福利捐的分配是否優先照顧到社會的弱勢者。

在實務操作面，菸品健康福利捐分配公平與否的判斷依據，主要考量為是否將菸品健康福利捐用於吸菸民眾，或是其他健康與經濟地位的弱勢族群。因此舉凡各類與戒菸直接相關的計畫，或是與疾病防治或篩檢直接相關的計畫，以及與原住民議題相關的計畫，在本研究中均歸類為符合公平原則的經費分配，其他則歸類為公平原則模糊或不公平原則的經費分配方式。其中將經費分配明顯用於健康族群，或明顯用於社會經濟強勢者的計畫，歸類為不符合公平原則，並將於結果中分別提出討論。其他在菸害防制項目中與吸菸者只有間接相關的工作，或衛生保健項目對象為一般民眾，亦即其目標人口群既非社會經濟強者也非弱者的計畫，則歸類為公平原則模糊。如此歸類的主要考量並非針對衛生計畫本身，而是針對財源的特殊考量，此點將於討論中特別說明。

此外這樣的歸類方法主要是基於總體面而非個體面的分類。從個體的角度而言，部分吸菸者可能會屬於社會經濟的強勢階層，部分健康較好的人當然也可能屬於社會經濟的弱勢階層，但是本研究所用的社會公平標準並無法透過這種個體的角度來呈現。從總體的角度而言，只要吸菸者大多數來自於較低的社會經濟階層，與其他主要來自較高社會經濟階層的群體相比較，或與其他無法明確區分社會經濟階層屬性的團體相比較，將香菸健康捐用於吸菸者在本研究中便符合社會公平的原則，這種社會公平原則符合與否的判斷在本研究中是相對性而非絕對性的。

首先搜尋「全國法規資料庫」[2-5]，整理「菸害防制法」、「菸酒稅法」和「菸品健康福利捐及運作辦法」，並查詢台灣菸酒公賣局之歷史資料[1]。在菸品健康福利捐之收入部份則來自財政部賦稅署之賦稅統計年報[25]。

在衛生署國民健康局的部份，由研究單位發文透過國民健康局會計室，取得2002年中至2005年中的菸品健康福利捐之預決算數，但因2002年和2005年資料不完整，遂採用2003年和2004年的資料作為分析依據。並以電話和電子郵件向該單位取得2003年和2004年菸品健康福利捐實際撥入金額，以及健康捐的支出數額表和業務計畫實施績效表。各年末執行之金額則依專款專用條例留至隔年一同編列預算。

中央健康保險局部份，由研究單位發文透過中央健保局財務處取得2002年中至2005年中之菸品健康福利捐，撥入全民健保保險安全準備基金金額及其運用說明表，但因2002年和2005年只有半年的資料，遂採用2003年和2004年的資料作為分析依據。

社會福利部分則由研究單位發文至內政部社

會司中部辦公室社會發展科，取得2002年中至2005年中之社會福利基金菸品健康福利捐受配金額統計表，每年社會福利基金之預算是將許多來源統合編列，而健康捐只是其中部份來源。最後再以傳真方式向該單位取得業務計畫及預算說明。

結果

表一顯示菸品健康福利捐在各預算分配單位和各預算分配項目間的分配與執行情形，菸品健康福利捐的總額約為每年100億，依菸酒稅法規定之分配額度則健保醫療費用約70億，社會福利、菸害防制、衛生保健各約10億。

中央健康保險局所分配金額依全民健康保險法第63條規定[26]，全數用於填補保險收支短絀，亦即全數用以支付健保醫療費用。由社會公平的角度而言，健保所照顧對象屬於健康上或財務上的社會弱勢者，而社會經濟階級愈低者整體而言健康也愈差，即貧病之間具高度相關性存在[27-30]，因此菸品健康福利捐用於健保醫療費用，不論其所照顧的對象是單純的健康弱勢者，或與健康弱勢者相互關聯的社會經濟弱勢者，其基本上均符合社會公平的精神，也因此本文對此部份不擬做進一步的分析或討論。

另外由資源配置效率的角度而言，政府針對特定財貨或勞務提高稅賦至少有三個理由，就是增加稅收、改正外部性、影響消費量[31]。而菸品健康福利捐用於健保醫療費用的主要依據來自改正外部性，此點因此可以改善資源配置的效率。某些主張認為吸菸所造成的健康危害應該由各人自行負責，因此吸菸者的吸菸相關疾病應該排除由健保付費，亦即就醫時由吸菸者自費負擔。但基於人道考量、因果推論不易、實務執行

困難等等理由，比較務實的做法還是在吸菸者購買香菸時，即預先課徵健康捐，但保障吸菸者就醫時與其他國民相同的權利。至於菸品健康福利捐用於健保醫療費用的額度多少才算合理，則需要其他以外外部性為主要考量的研究來加以補充[32,33]，本文在此無法進一步討論。

內政部社會司承辦菸品健康福利捐之款項約10億，主要用為社會福利基金，該基金是由健康捐與其他基金一起編列預(決)算，其中包含社會救助計畫、福利服務計畫、小康計畫、兒童及少年福利計畫。其中社會救助計畫在協助遭逢急難民眾度過急困，免於陷入貧窮，其協助對象屬經濟弱勢者。福利服務計畫之服務對象為老人之家收容之院民，對性行為偏差少女施予輔導、教育及職訓，對失依、受虐或家庭遭受變故兒童給予收容安置、教養、早期療育、衛生保健、輔導管理，補助身心障礙機構，委託收容無依、軍眷身障者。小康計畫對象為低收入精神病患。兒童及少年福利計畫對象則多屬心理健康弱勢者。以上這些計畫的對象大多屬於社會中經濟與健康的弱勢者，依據分配正義理論與社會公平原則衝突不大，因此本文對此部份不擬做進一步的分析或討論。

衛生署國民健康局分配菸品健康福利捐約20億，其主要執行工作為菸害防制與衛生保健，其細部經費執行分佈如表二所示。在菸害防制項目中，預算執行的重點計劃為補助地方政府、菸害防制宣導、戒菸教育服務體系三項計畫，佔菸害防制經費的90% (2003)和86% (2004)。在衛生保健項目中，補助地方政府和國家防癌計畫兩項計畫，佔衛生保健經費的53% (2003)和56% (2004)，其他重點項目為預防接種疾病防治(2003年佔12%)，以及防疫衛生教育國際交流(2004年

表一 菸品健康福利捐分配與執行情形

分配預算單位	分配預算分類	分配預算金額(元)*	執行預算金額(元) [†]	分配(%)	執行(%)
2003年		10,298,673,326			
中央健保局	健保醫療費用	7,171,908,697	7,171,908,697	70.0	70.0
內政部社會司	社會福利	1,042,254,877	1,042,254,877	10.0	10.0
衛生署國建局	菸害防制	1,042,254,876	451,267,110	10.0	4.0
	衛生保健	1,042,254,876	666,175,327	10.0	6.0
2004年		9,765,679,876			
中央健保局	健保醫療費用	6,869,326,012	6,869,326,012	70.0	70.0
內政部社會司	社會福利	965,451,290	965,451,290	10.0	10.0
衛生署國建局	菸害防制	965,451,287	725,521,895	10.0	7.0
	衛生保健	965,451,287	710,959,879	10.0	7.0

*各年度分配金額均未包括上一年度未執行金額納入部分。[†]衛生署國民健康局的執行金額中含一般行政費用4,320,190 (2003)和6,362,345 (2004)。

佔11%)，其他項目則種類繁多且經費分散。

表三則列舉其預算執行的公平性分析。在菸害防制項目中，符合公平原則的計畫包括與戒菸直接或間接相關，或與疾病防治直接相關的計畫。其中與戒菸計畫直接相關的例如舉辦戒菸班、戒菸門診與戒菸專線、國際戒菸比賽、戒菸教育等。與戒菸間接相關的例如充實防制人員、建立戒菸資料庫、建立申訴與諮詢管道、菸害防制稽查取締、加強執法稽查、成立菸品檢測研發中心、戒菸相關調查研究、國際戒菸參訪等。與吸菸疾病防治相關的計畫例如糖尿病、中風、高血壓、氣喘、癌症等。

在菸害防治項目中，公平原則模糊的計畫指其目標人口群為一般不區分社會階層的民眾，例如建構無菸環境、一般菸害教育、研究計畫、國際會議、各類工作坊等等，不過無菸餐廳計畫的受益對象顯然是上餐廳吃飯的民眾，這類民眾比較屬於社會的中上階層，是傾向於不符合社會公平原則的計畫。

衛生保健計畫的對象並非吸菸族群，因此判斷公平性的依據，為經費是否應用於健康與經濟地位的弱勢族群，分析結果如表三所示。由於許

多衛生保健計畫的對象為一般民眾，因此容易造成公平原則的模糊，不過仍有幾項計畫特別值得注意，例如人工生殖訓練計畫的受益對象顯然為負擔得起昂貴醫療費用的族群，補助運動項目或健走活動，與身體活動量表監測系統之建立與國際合作等，其受益對象仍傾向於社會中上階層。

討論

本研究針對菸品健康福利捐所做的公平原則分類具有特殊的涵義，尤其被歸類為公平原則模糊甚至不符合公平原則的衛生計畫，並不直接代表政府執行這些計畫是一件錯誤，或這些計畫對民眾健康沒有幫助與不值得做。在本研究中被歸類為不符合公平原則的涵義是這些可能有價值的衛生計畫，以菸品健康福利捐為財源存在相當的公平性疑慮。例如無菸餐廳可能是值得推動的衛生計畫，但以菸品健康福利捐作為財源可能極度不合適，因為以吸菸者所繳的稅收補貼社會經濟階級的優勢者，明顯違反社會公平原則。

除此之外，無菸餐廳的推動存在許多更為精細的討論。贊成無菸餐廳計畫的公共衛生學者通常舉出兩點支持的理由，第一是既然包括無菸餐

表二 衛生署國民健康局菸品健康福利捐預算執行情形

預算執行項目	2003		2004	
	執行金額(元)	%	執行金額(元)	%
菸害防制				
補助地方政府執行菸害防制法	179,873,368	39.9	294,209,114	40.6
推動全方位菸害防制教育與宣導	181,057,987	40.1	233,013,221	32.1
建置獎勵戒菸教育諮詢服務體系	47,256,611	10.5	96,667,941	13.3
推動國際交流及研究監測系統	32,210,185	7.1	44,468,291	6.1
辦理菸品健康危害成份監測	6,387,906	1.4	4,235,480	0.6
建立菸害防制人力資源培訓	4,481,053	1.0	6,676,340	0.9
吸菸相關疾病防治計畫	-	-	46,251,508	6.4
衛生保健				
加強或補助推動地方衛生保健	258,674,150	38.8	237,615,346	33.4
擴大推動國家防癌計畫	93,645,553	14.1	162,296,910	22.8
兒童青少年健康及安全促進	57,921,995	8.7	59,081,550	8.3
提升婦幼健康照護及生育保健計畫	62,974,921	9.4	57,429,291	8.1
成人及中老年健康促進計畫	21,393,349	3.2	48,160,240	6.8
飲食用藥安全教育監測特殊醫療服務	12,380,630	1.9	41,801,045	5.9
擴大辦理預防接種及疾病防治	80,170,420	12.0	-	-
健康社區永續經營	33,430,624	5.0	-	-
衛生教育模式研發及媒體建置	26,482,575	4.0	-	-
建置國民健康照護監測系統	19,101,110	2.9	-	-
加強防疫衛生教育及國際交流	-	-	78,265,475	11.0
辦理工作場域健康新模式計畫	-	-	26,310,022	3.7

表三 衛生署國民健康局菸品健康福利捐預算執行公平性分析

	符合公平原則	公平原則模糊或不符合公平原則
菸害防制計畫		
補助地方政府	充實人力、建立資料庫、申訴管道、戒菸班、稽查	無菸環境、無菸社區、無菸校園、無菸職場、無菸餐廳
菸害防制教育	媒體廣電網路、基礎建設	建構無菸環境、一般菸害教育
戒菸教育諮詢	戒菸門診與專線	
國際交流監測	國際性戒菸比賽	國內外會議與技術合作、研究計畫、美國國際衛生課程訓練、衛生人員國外專題研習
菸品成份監測	研發中心、菸廠查核	學童二手菸暴露分析
人力資源培訓	醫事人員戒菸教育	菸害防制各類工作坊
吸菸疾病防治	糖尿病、中風、高血壓、氣喘、癌症	
衛生保健計畫		
補助地方政府		道路安全主題活動、事故傷害宣導海報短片
國家防癌計畫	安寧療護宣導、各類癌症篩檢、資料庫及人員培訓	校園檳榔防制宣導、婦癌防治宣導、癌症研究
兒童青少年	斜視弱視篩檢、視力篩檢	含氟水漱口計畫、防盲照護、獎助青少年保健門診
婦幼健康生育	早產兒照護、優生疾病電腦化、罕見疾病防治、遺傳疾病防治、新生兒篩檢	婦女健康政策、嬰幼兒大便卡、無障礙母乳哺育、諮詢專線、孕產婦保健手冊、嬰幼兒保健行銷宣導、人工生殖訓練研討、指導新婚夫婦生育
成人中老年	整合性篩檢、氣喘諮詢、機構評核、腎功能篩檢	調查研究、各類慢性病宣導、更年期保健諮詢、駐外人員補助、衛生保健資料蒐集
飲食用藥安全		正確用藥教育、用藥知識宣導
接種疾病防治	老人流感疫苗、性病監測	愛滋病防治宣導
健康社區經營		罹癌員工慰問金發放、勞工健康照護研究、視窗版衛生所資訊系統、健康體能與社區營造宣導
衛生教育媒體	原住民菸酒及事故防制宣導	醫療保健行為衛生教育、早產兒慢性病防治、更年期自我照顧、宣導健康有保固、落實運動生活
國民健康監測		人口健康調查可攜式電腦
防疫教育與國際交流		肝炎防治及預防接種宣導、民間團體參與愛滋病防治、補助大專院校推展衛生教育服務、衛教宣導資料數位化
工作場域健康		營業衛生稽查人員教育、補助縣市政府健走活動、身體活動量表監測系統、健康風險因子地理資訊庫

廳在內的無菸環境建置，目標在幫助吸菸者少吸菸，因此真正的獲益者是吸菸者，只要吸菸者主要來自社會中低階層的事實沒有改變，無菸餐廳或其他無菸環境計畫自然符合公平原則。第二個理由是無菸環境可以保護在此環境中的工作者，而如果餐廳工作者來自於社會經濟中低階層，則無菸餐廳的推動自然也符合社會公平的精神。

不過實務上的政策邏輯與近年來的實證研究卻對上述公共衛生學者認為理所當然的兩點理由提出挑戰。就第一點理由而言，職場禁菸或其他公共環境禁菸的主要目的在於保護不吸菸的人[34]，而非促使吸菸者戒菸，因此如果進出餐廳吃飯的顧客主要來自社會經濟中上階層，無菸餐

廳政策就存在公平性的疑慮。至於是不是要用實證資料才能證明中高收入者比低收入者比較常上餐廳吃飯，這比較屬於不值得爭辯的常識問題，或頂多只是簡單的經濟學所得彈性的判斷而已。美國的研究顯示州政府或郡政府在餐廳、酒吧和職場的禁菸立法可以降低不吸菸者的二手菸暴露[35]，但此一研究所使用的國家健康與營養調查資料庫(National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2002)也顯示，在資料所調查的57個郡中，有餐廳禁菸立法的僅有12個郡(佔21%)，值得台灣極力推動餐廳禁菸立法者特別注意。

就第一點和第二點共同提到的無菸環境會促

使吸菸者少吸菸而言，的確有時間橫斷面的研究支持這樣的主張[36]，職場禁菸政策可以讓吸菸者減少吸菸量[37]，提高戒菸慾望[38]，並提高戒菸成功率[39]，不過也有研究者詳細回顧26篇類似的報告[40]，發現其中僅有5篇報告是以全人口為研究對象，其中雖然不乏時間縱斷面的研究，但其追蹤時間都過短，因此上述的研究發現可能只是短期而非長期的效果，而且代表性有限。一份美國受雇者代表樣本在1993年至2001年的長期研究顯示[41]，與職場未禁菸的參考組比較(戒菸率21.8%)，職場由未禁菸改為限制吸菸場所(戒菸率18.3%)的戒菸勝算比為0.93，職場由未禁菸改為禁止吸菸(戒菸率33.1%)的戒菸勝算比為2.16，但兩者均未達統計顯著相關。

由於有大量的菸品健康福利捐投入各類衛生教育的相關計畫，衛生教育在菸害防制中的角色也值得討論。由於社會中上階層對衛生資訊的接觸較為頻繁，對資訊的吸收能力也可能較高，因此衛生教育普遍而言對中上階層的影響較大，此點與菸品健康福利捐的功能正好相反。由於經濟弱勢者對價格較為敏感[42-44]，因此健康捐政策傾向於促使經濟弱勢者減少較多的吸菸量。部分研究因此推論，雖然經濟弱勢族群由於吸菸量較多以及香菸所得彈性較低，而必須負擔較多的菸稅，但由於當菸稅提高時經濟弱勢者減少較多的吸菸量，因此其稅賦相對於菸稅提高前反而減低，因此就邊際稅賦而言提高菸稅未必是不公平的政策[45]。不過這樣的辯論尚未有明顯而且一致的結論，Borren和Sutton [46]使用與Townsend [44]相同的資料庫(1961-1977)進行敏感度分析，發現先前的研究資料只要有5%的變動就會導致完全不同的結論，如果以更長時間的資料(1961-1987)進行分析，Borren和Sutton [46]發現對男性而言，最低社會階層對香菸價格最不敏感(價格彈性-0.31)，其次才是由管理者與行政人員所組成的次高社會階層(價格彈性-0.48)，中產階級反而對香菸價格最敏感(價格彈性-0.84至-0.89)。對女性而言，最高社會階層對香菸價格最敏感(價格彈性-1.04)，最低社會階層對香菸價格最不敏感(價格彈性-0.45)。

本研究的分析是以未修正菸酒稅法所制定的菸品健康福利捐執行辦法為依據。但2006年初修正菸酒稅法將每包菸的健康福利捐由5元提高為10元，並將分配比例改為90%由中央健康保險局負責，10%用於菸害防制、衛生保健、私劣菸品查緝、防制菸品稅捐逃漏及社會福利。此法修正後預計每年菸品健康捐將從90-100億元，增加到180-200億元。對於新的菸品健康福利捐分配及運作辦法，部份民間團體曾表示健康捐用於菸害

防制的比例過少。但是依照本研究所提出的理論以及分析結果，健康捐用於健保醫療費用並未違反社會公平性，但是菸害防制與衛生保健經費分配部份仍有公平原則模糊的疑慮，所以該法案的修正傾向於比較符合社會公平中優先照顧健康與財務弱勢者的原則。

參考文獻

1. 台灣菸酒股份有限公司網站：歷史沿革，2005。URL: <http://www.ttl.com.tw/web/>。
2. 全國法規資料庫：菸酒稅法，2005。URL: <http://law.moj.gov.tw/>。
3. 全國法規資料庫：菸品健康福利捐分配及運作辦法，2005。URL: <http://law.moj.gov.tw/>。
4. 衛生署國民健康局：菸害防制相關法規，2005。URL: <http://www.bhp.doh.gov.tw/tobacco>。
5. 全國法規資料庫：菸害防制法。URL: <http://law.moj.gov.tw/>。
6. Jha P, Chaloupka FJ, Moore J, et al. Tobacco addiction. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al, eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd edition. New York: Oxford University Press, 2006:869-85.
7. Atkinson AB, Townsend JL. Economic aspect of reduced smoking. *Lancet* 1997;2:492-5.
8. Hsieh CR, Hu TW. The Demand for Cigarettes in Taiwan: Domestic versus Imported Cigarettes. The Institute of Economics, Academia Sinica. Taipei, Taiwan, 1997. [Discussion Paper].
9. 徐茂炫，謝啓瑞。菸需、菸稅與反菸：實證文獻回顧與台灣個案。人文社會科學集刊1999;11:301-34。
10. Lee JL. The Effects of Tobacco, Alcohol and Betel on Health Care Utilization. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2000. [Ph.D Thesis].
11. Wald N, Nicolaidis-Bouman A. UK Smoking Statistics, 2nd edition, Oxford: Oxford University Press, 1991.
12. Viscusi WK. Cigarette taxation and the social consequences of smoking. In: Poterba JM, ed. *Tax Policy and the Economy*. Vol. 9. Cambridge, MA: NBER and MIT Press, 1995:51-101.
13. Flantz S, Balbach E. California Tobacco Wars. Berkeley, California: University of California, 1999.
14. Koh JK. An analysis of the successful 1992 Massachusetts tobacco tax initiative. *Tob Control* 1996; 5:220-5.
15. Heiser PF, Begay ME. The campaign to raise the tobacco tax in Massachusetts. *Am J Public Health* 1997;87:968-73.

16. Bialous SA, Glantz SA. Arizona's tobacco control initiative illustrates the need for continuing oversight by tobacco control advocates. *Tob Control* 1999;8:141-51.
17. Goldman LK, Glantz SA. The passage and initial implementation of Oregon's Measure 44. [Review] *Tob Control* 1999;8:311-22.
18. Ritch WA, Begay ME. Smoke and mirrors: how Massachusetts diverted millions in tobacco tax revenues. *Tob Control* 2001;10:309-16.
19. Smith B. Tobacco revenues prove addictive. In: Oregon Economic Opportunity Project. Oregon: Cascade Policy Institute, 2006.
20. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, et al. Getting Health Reform Right. Oxford: Oxford University Press, 2004.
21. Aday LA, Begley CE, Lairson DR, et al. Evaluating the Healthcare System: Effectiveness, Efficiency, and Equity. Chicago: Health Administration Press, 2004.
22. Nozick R. Anarchy, State, and Utopia. New York: Basic Books, 1974.
23. Dougherty C. American Health Care: Realities, Rights, and Reforms. New York: Oxford University Press, 1988.
24. Rawls J. A Theory of Justice. Cambridge: Harvard University Press, 1971.
25. 財政部賦稅署：財政統計全國賦稅年報，2003-2005。URL: <http://www.dot.gov.tw/ch/index.asp>。
26. 全國法規資料庫：全民健康保險法。http://law.moj.gov.tw/。
27. Lopez-Casasnovas G, Rivera B, Currais L. Health and Health Growth: Findings and Policy Implications. London: The MIT Press, 2005.
28. Evans RG. Health, hierarchy and hominids: biological correlates of the socioeconomic gradient in health. In: Culyer AJ, Wagstaff A. eds. Reforming Health Care Systems: Experiments With the NHS. Cheltenham: Edward Elgar, 1996.
29. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Population. New York: Aldine de Gruyter, 1994.
30. Navarro V, Muntaner C. Political and Economic Determinants of Population Health and Well-Being: Controversies and Developments. New York: Baywood, 2005.
31. Townsend JL. Price and consumption of tobacco. *Br Med Bull* 1996;52:132-42.
32. 李卓倫，林霖。探討課徵檳榔健康捐及檳榔管理可行方案研究：以中部地區為例。台北：行政院衛生署，2004。
33. 李卓倫，沈茂廷。由健康耗損層面談檳榔健康捐合理稅額。台北：行政院衛生署，2006。
34. Marcus BH, Emmons KM, Abrams DB, et al. Restrictive workplace smoking policies: impact on non-smokers' tobacco exposure. *J Public Health Policy* 1992;13:42-51.
35. Pickett MS, Schober SE, Brody DJ, et al. Smoke-free laws and secondhand smoke exposure in US non-smoking adults, 1999-2002. *Tob Control* 2006;15:302-7.
36. Borland R, Pierce JP, Burns DM, et al. Protection from environmental tobacco smoke in California. The case for a smoke-free workplace. *JAMA* 1992;268:749-52.
37. Borland R, Chapman S, Owen N, et al. Effects of workplace smoking bans on cigarette consumption. *Am J Public Health* 1990;80:178-80.
38. Wakefield MA, Wilson D, Owen N, et al. Workplace smoking restrictions, occupational status, and reduced cigarette consumption. *J Occup Med* 1992;34:693-7.
39. Glasgow RE, Cummings KM, Hyland A. Relationship of worksite smoking policy to changes in employee tobacco use: findings from COMMIT. Community Intervention Trial for Smoking Cessation. *Tob Control* 1997;6 (Suppl 2):44-8.
40. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behavior: systematic review. [Review] *BMJ* 2002;325:188.
41. Bauer JE, Hyland A, Li Q, et al. A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. *Am J Public Health* 2005;95:1024-9.
42. Chaloupka FJ. Rational addiction behaviour and cigarette smoking. *J Polit Econ* 1991;99:722-42.
43. Atkinson A, Gomulka J, Stern N. Household expenditure on tobacco 1970-1980: evidence from the family expenditure survey. In: Economic and Social Science Research Council Programme: Taxation, Incentives and the Distribution of Income. Number 57, January 1984.
44. Townsend J. Cigarette tax, economic welfare and social class patterns of smoking. *Appl Econ* 1987;19:355-65.
45. Townsend J, Roderick P, Copper J. Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity. *BMJ* 1994;309:923-7.
46. Borren P, Sutton M. Are increases in cigarette taxation regressive? *Health Econ* 1992;1:245-53.

The Distribution of Tobacco Tax Revenue Allocated for Health in Taiwan

Jwo-Leun Lee, Yu-Chun Kuo, Kuang-Ting Chen, Hui-Ching Ou, Feng-Ju Yu

Department of Public Health, China Medical University, Taichung, Taiwan.

Purpose. To explore the distribution of taxes derived from the sale of tobacco allocated for health and social welfare in Taiwan.

Methods. Data regarding the distribution of revenue from the sale of tobacco products in Taiwan budgeted for health and social welfare were collected from relevant government departments. The adequacy of the allocation of tax revenue was evaluated based on the following equity criterion: the distribution of tax revenue is to the advantage of the least favored according to social and health status.

Results. Tax revenue from the sale of tobacco apportioned for health and social welfare accounted for approximately USD 300 million annually in 2003 and 2004. Of these funds, 70% was allocated to cover health care expenditures, 10% was for general social welfare, 10% was for tobacco bans and restrictions, and 10% was for health education and promotion. Approximately 86% to 90% of the budget for tobacco bans was allocated to local governments, advertising and education systems, and 53% to 56% of the budget for health promotion was allocated to local governments and cancer prevention programs.

Conclusion. According to the equity criterion defined in this study, the tax revenue allocation for health care expenditures and general social welfare is adequate. However, the adequacy of tax revenue allocation for tobacco bans and health education requires further evaluation. (*Mid Taiwan J Med* 2007;12:203-10)

Key words

equity, revenue allocation, tax revenue, tobacco