

نگاهی به تولید، مصرف و قاچاق دخانیات در کشور

به نام خدا

فهرست مطالب

۱	چکیده
۱	مقدمه
۳	۱. الگوی مصرف سیگار؛ تولید، واردات و قاچاق آن در ایران
۱۲	۲. تجربه جهانی در سیاستگذاری مدیریت مصرف سیگار
۱۹	۳. کشاورزی و صنعت دخانیات
۲۰	۴. کیفیت سیگارهای قاچاق
۲۰	۵. مواد قانونی مرتبط
۲۱	۶. تحلیل مدیریت بازار سیگار
۲۴	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری
۲۶	منابع و مأخذ



نگاهی به تولید، مصرف و قاچاق دخانیات در کشور

چکیده

ثابت ماندن مصرف سرانه سیگار طی یک دهه اخیر و تأمین سهم بالایی از مصرف آن از طریق قاچاق، ضرورت تجدیدنظر در سازوکارهای کنترل مصرف دخانیات را اجتناب‌ناپذیر می‌کند. وجود نهادهای متولی با رسالت‌های سازمانی متفاوت و در پاره‌ای موارد ناهمسو، ملاحظات ساختاری اقتصاد ایران در کنترل قاچاق و وجود ملاحظات اقتصادی سیاسی (سازوکار حضور دولت، حدود و ثغور آن، ذینفعان داخلی و خارجی قاچاق و تضاد منافع ذاتی نهفته در مدیریت مصرف سیگار) از جمله عوامل مؤثر در میزان موفقیت یا عدم موفقیت دستیابی به اهداف و پیگیری راهبردهای مدیریت مصرف سیگار هستند. بر این اساس برای مبارزه با قاچاق سیگار، در چارچوب نگاه سیستمی، لازم است که تدوین یک بسته سیاستی در دستور کار قرار گیرد که در آن ضمن تأمین راهبردهای سیاستگذاری سلامت، سازوکارهای رفع عدم تعادل‌های عرضه و تقاضای سیگار در داخل در کوتاه‌مدت و بلندمدت مورد توجه قرار گیرند و سیاستگذاری‌ها (از جمله سازوکارهای مالیات‌ستانی، تعرفه، سازوکارهای کشف قاچاق در مبادی ورودی یا عرضه) از سازگاری درونی برخوردار باشند.

مقدمه

حدود یک دهه از اجرای طرح ویژه مبارزه با محصولات دخانی در کشور می‌گذرد^۱ در این مدت سطح مصرف سرانه سیگار در ایران کاهش نیافته^۲ و از سوی دیگر سهم قابل توجهی از مصرف سیگار از طریق قاچاق تأمین شده است.^۳ برپایه موارد طرح شده فوق این سؤال به ذهن می‌رسد که آیا بسته سیاستی که در یک دهه گذشته در دستور کار قرار گرفته است، از سازگاری درونی برخوردار بوده یا خیر؟ با فرض قبول وجود سازگاری درونی، میزان تحقق اهداف مد نظر بسته سیاستی، دریافت بازخوردها برای بهبود سازوکار و میزان واقعی بودن الزامات تحقق اهداف از جمله محورهایی هستند

۱. از سال ۱۳۸۱ طرح ویژه مبارزه با محصولات دخانی آغاز شده است و در سال ۱۳۸۷ دستورالعمل‌های جدیدی در این حوزه تهیه شده است و در مجموع سازوکار طراحی شده ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز تاکنون تداوم یافته است.

۲. بعضی از برآوردها نشان می‌دهند که مصرف سرانه افزایش یافته است.

۳. برآوردها از ۱۵ درصد تا ۳۵ درصد سال‌های اخیر در نوسان بوده‌اند.

که با ملاحظه سطح بالای قاچاق و مصرف سرانه غیرکاهنده قابلیت بحث دارند. کسانی که به قاچاق روی می‌آورند منافع و هزینه‌های آن را در نظر گرفته و در صورتی که عایدی خالص انتظاری آنها از قاچاق مثبت باشد اقدام به قاچاق کالا می‌کنند. احتمال کشف قاچاق و میزان جریمه‌هایی که اعمال می‌شوند از جمله متغیرهای مهم در طرف هزینه‌ها و تفاوت قیمت داخل و خارج و تفاوت عایدی حاصله از واردات قانونی و قاچاق از جمله متغیرهای مهم در طرف منافع هستند.

طبیعی است که مالیات (مالیات غیرمستقیم، مالیات یکجا، VAT و...) و عوارض گمرکی بر تفاوت عایدی میان واردات قانونی و قاچاق تأثیرگذار هستند. بر این اساس راهبردهای سیاستگذاری می‌توانند بر متغیرهای مطرح متمرکز شده یا تلفیقی از آنها را به کار گیرند.

ازسوی دیگر مصرف سیگار بر سلامت فرد سیگاری به صورت مستقیم و سایر افراد به صورت غیرمستقیم تأثیر منفی دارد. از منظر سلامت (و تا حدودی با تأثیر ملاحظات مذهبی) کاهش مصرف سیگار و در نهایت عدم استعمال آن سیاست بهینه است. اتخاذ این سیاست بدون توجه به سایر ملاحظات (از جمله اقتصادی) منجر به عدم تعادل‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت و در نهایت ناکارآمد شدن بسته سیاستی می‌شود.

درواقع یک بسته سیاستی که همزمان ملاحظات اقتصادی و سلامت (و سایر موارد همچون فرهنگی) و ملاحظات اقتصادی - سیاسی (از جمله برندگان و بازندگان قاچاق) را مد نظر قرار دهد یک بسته سیاستی کارآمد است.

طبیعی است که نهادهای سیاستگذاری (همچون نیروی انتظامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت صنعت، معدن و تجارت، ستاد مرکزی مبارزه با قاچاق کالا و ارز) از یکسو و ملاحظات ساختاری اقتصاد (میزان قاچاق در کشور در حالت عام، سطح کشف جرم در کشور، ملاحظات مرتبط با اقتصاد زیرزمینی، متوسط مدت زمان خاتمه یک پرونده، میزان مناسب بودن فضای کسب‌وکار کشور) ازسوی دیگر و در تعامل با هم، تعیین‌کننده میزان اثربخشی سیاست‌های حاصل شده از بسته سیاستی هستند.

تحلیل میزان کارآمدی سیاستگذاری و ارائه پیشنهاد سیاستگذاری جدید در گام اول نیاز به اطلاعات دقیق دارد. در اغلب موارد این اطلاعات برای ایران وجود ندارد. بر این اساس، بررسی نتایج کلی حاصل از مطالعات جهانی و تطبیق ایران با آنها و یا بررسی نتایج کلی سیاستگذاری‌ها در راستای شناخت مسیر صحیح سیاستگذاری‌ها می‌توانند مبنای تحقیق و بررسی تولید، مصرف و قاچاق سیگار در ایران که در این گزارش به آن پرداخته شده است، قرار گیرند.



در بخش اول گزارش، الگوی مصرف^۱، تولید، واردات و قاچاق^۲ در کشور ایران در بخش دوم، پاره‌ای از تجارب جهانی ارائه شده است. تجارب جهانی بیشتر از منظر (وجود یا عدم وجود) ارتباط میان مالیات و قاچاق مورد توجه قرار گرفته است.

در بخش سوم فرآیند تکامل قانونی مبارزه با دخانیات و کنترل مصرف آن ارائه و در بخش چهارم نیز با ملاحظه تجربه جهانی و شواهد تجربی از مجموعه مقدمات و محذورات در حوزه مدیریت مصرف سیگار در ایران، مدیریت بازار سیگار تحلیل و در نهایت جمع‌بندی گزارش ارائه شده است.

۱. الگوی مصرف سیگار؛ تولید، واردات و قاچاق آن در ایران

مطالب این بخش، با ملاحظه اطلاعات در دسترس برای ایران، شیوع مصرف دخانیات در بزرگسالان، نوجوانان، زنان و مردان، نوع سیگار مصرفی براساس مطالعات میدانی، برآورد روند مصرف، تولید واردات و قاچاق، نرخ حقوق ورودی و تعرفه و توزیع فراوانی نسبی هزینه - درآمد روزانه سیگار، ارائه می‌شود.

۱-۱. میزان و الگوی مصرف دخانیات در ایران

در سال ۱۳۶۹، ۱۴/۶ درصد از افراد بالای ۱۵ سال کشور مصرف سیگار داشته‌اند که این رقم برای مردان ۲۷/۲ درصد و برای زنان ۳/۴ درصد بوده است.^۳ همچنین ۱۰/۱ درصد افراد رده سنی ۱۵ تا ۲۴ سال مصرف سیگار داشته‌اند. تکرار این تحقیق در سال ۱۳۷۸ نشان می‌دهد که ۱۱/۷ درصد کل جامعه بالای ۱۵ سال شامل ۲۵ درصد آقایان و ۲/۵ درصد خانم‌ها سیگار مصرف می‌کنند. البته لازم به‌ذکر است که در رده سنی ۱۵ تا ۲۴ سال مصرف سیگار به ۱۷/۱ درصد رسیده است.

براساس یک مطالعه میدانی در سال ۲۰۰۷، مصرف دخانیات کلی و روزانه به‌ترتیب ۱۴/۸ درصد (۷/۳ میلیون نفر) و ۱۳/۷ درصد (۶/۷ میلیون نفر) بود.^۴ همچنین مصرف سیگار کلی و روزانه ۱۲/۵ درصد (۶/۱ میلیون، ۳۲/۴ درصد مردان و ۱/۴ درصد زنان) و ۱۱/۳ درصد (۵/۶

۱. روند مصرف کل در چند سال اخیر، مصرف در گروه‌های سنی متفاوت، ارتباط میان درآمد - مصرف روزانه.

۲. روند قاچاق، نرخ حقوق ورودی، تعرفه.

۳. آمار طرح سلامت که توسط معاونت پژوهشی وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی ارائه شده است.

۴. ۵۲۸۷ ایرانی بین ۱۵ - ۶۴ سال در سال ۲۰۰۷ از تمام مناطق کشور در مطالعه ملی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر به‌صورت مقطعی و توصیفی انتخاب شدند. اطلاعات براساس پروتکل مرحله‌ای بیماری‌های غیرواگیر سازمان بهداشت جهانی جمع‌آوری شد. استعمال دخانیات به‌صورت سیگار، سیگار برگ (روزانه، کارخانه‌ای، دست‌پیچ) و پیپ (روزانه) و قلیان (روزانه) محاسبه گردید.

میلیون، ۲۱/۴ درصد مردان و ۱/۴ درصد زنان) بود.^۱ سن متوسط شروع مصرف ۲۰/۵ سال (مردان ۲۰/۴ و زنان ۲۴/۲ سال) بود.^۲

در مجموع تغییر چندانی در میزان شیوع مصرف دخانیات و سیگار حاصل نشده است.^۳ البته همین نکته می‌تواند زنگ خطری باشد که علیرغم اجرای برنامه‌های کنترل دخانیات در سال‌های گذشته کاهش مصرف چشمگیری به دست نیامده است.

آخرین آماری که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص وضعیت مصرف دخانیات در ایران اعلام کرده مربوط به سال ۱۳۸۶ است. در آن سال حدود ۱۲/۳ درصد از مردم استعمال دخانیات داشته‌اند و از نوجوانان (۱۳ تا ۱۵ سال) حدود ۳ درصد سیگار استعمال می‌کنند (جداول ۱ و ۲).

همچنین براساس گزارش سال ۲۰۱۱ سازمان بهداشت جهانی، ۱۱/۸ درصد از مردم ایران مصرف دخانیات داشته‌اند (جدول ۳).

جدول ۱. شیوع مصرف دخانیات در بزرگسالان ایرانی

(درصد) ۱۳۸۶ سال (۱۵ تا ۶۴ سال)

مصرف دخانیات		جنسیت
فعلی	روزانه	
۲۳/۲	۲۱/۷	مرد
۱/۰۸	۰/۹	زن
۱۲/۲۷	۱۱/۳۹	هر دو

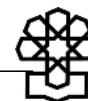
مأخذ: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۶.

جدول ۲. شیوع مصرف دخانیات در نوجوانان ایرانی (۱۳ تا ۱۵ سال) در سال ۱۳۸۶ (درصد)

مصرف دخانیات			جنسیت
قلیان	سیگار	دخانیات	
۳۱/۹	۵/۱	۱۷/۶	پسر
۱۹/۵	۰/۹	۸/۹	دختر
۲۶/۱	۳	۱۳	هر دو

مأخذ: همان.

۱. سیگاری ترک کرده ۳/۴ درصد یا ۱/۷ میلیون نفر (۶/۲ درصد مردان و ۰/۶ درصد زنان و میانگین سن ترک ۳۴/۱) بود.
 ۲. میزان فراوانی مصرف قلیان ۲/۷ درصد (۱/۳ میلیون نفر، ۳/۵ درصد مردان و ۱/۹ درصد زنان) بود. دفعات مصرف روزانه قلیان ۳/۵ بار (۲/۸ مردان، ۴/۵ زنان) بود.
 ۳. در مطالعات قبلی میزان فراوانی آن بین ۱۱ - ۱۵ درصد جامعه بالای ۱۵ سال به دست آمده است.



جدول ۳. آمار مصرف دخانیات در سال ۱۳۸۸ براساس گزارش

سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱ (درصد)

مصرف فعلی دخانیات		مصرف روزانه دخانیات	
۲۲/۱	مرد	۲۰/۴	مرد
۱/۳	زن	۱	زن
۱۱/۸	هر دو	۱۰/۸	هر دو

۱-۲. میزان مصرف، تولید و واردات دخانیات در ایران

کل بازار سیگار دنیا حدوداً ۱۰۸ میلیارد نخ سیگار تخمین زده شده است.^۱

در خاورمیانه، دو کشور ایران و عراق دو بازار اصلی برای کمپانی‌های تولیدکننده سیگار هستند:

در خاورمیانه دو کشور ایران و عراق منابع بسیار با ارزشی برای شرکت‌های تولیدکننده

سیگار هستند. در واقع، بسیاری از شرکت‌های تولیدکننده در مدارکشان به نقش مهم ایران بارها

اشاره کرده‌اند.^۲

طی یک دهه گذشته میزان مصرف سیگار از ۴۹ میلیارد نخ در سال ۱۳۸۰ به بیش از ۶۰

میلیارد نخ در سال‌های ۱۳۸۷ (جدول ۴) رسیده است و در دو سه سال اخیر هم افزایش یافته است.

جدول ۴. برآورد وضعیت مصرف دخانیات در ایران، ۱۳۸۰-۱۳۸۷ (میلیارد نخ)

سال	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷
جمعیت کشور (میلیون)	۶۷	۶۷/۵	۶۷/۹	۶۸/۳	۶۹/۴	۷۰/۵	۷۱/۵	۷۲/۶
جمعیت سیگاری (میلیون)	-	-	-	۱۱/۹	۱۲/۱	۱۲/۳	۱۲/۴	۱۲/۶
تولید	۱۳/۳	۱۳/۵	۱۴	۲۱/۲	۲۳/۷	۲۴/۵	۲۷/۳	۳۱
واردات	۰/۵	۱۲	۲۲/۵	۲۱	۲۲	۲۶/۷	۲۳	۲۲/۴
صادرات	۰/۵	۰/۰۰۴	۰/۴۴	۰/۳۲	۰/۰۵	۰	۰/۰۰۱	۰/۲
مصرف	۴۹	۵۰	۵۱	۵۲	۵۰	۵۷/۸	۵۹	۶۰/۲
متوسط قیمت پاکت (ریال)	؟	؟	؟	۵۰۰۰	؟	؟	؟	۶۵۰۰

مأخذ: حبیب‌الله فصیحی. قاچاق کالاهای دخانی و آثار مخرب آن بر سلامتی جامعه، اقتصاد پنهان، فصلنامه پژوهشی، تحلیلی ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز، ۱۳۸۹، ۱۲ (۲۵-۲۰).

۱. این رقم شاید ۱۵ تا ۲۰ میلیارد کمتر از واقعیت باشد، خصوصاً در ایران و عراق و یمن اطلاعات کامل نیستند.

۲. دلایل زیادی برای مورد توجه بودن ایران از نظر شرکت‌های تولیدکننده وجود دارد که شامل: ۱. جمعیت زیاد، ۲. بالا رفتن استانداردهای زندگی، زمینه برای مصرف متوسط سیگار بالا، و یک روند جهانی به سمت کاهش دادن انحصار دولتی دخانیات. علاوه بر این، ایران از نظر مکانی نیز ایدئال است، کشوری است که در بین تولیدکنندگان و کشورهای کوچک همسایه و شوروی سابق از چند طرف واقع شده است.

در یک مطالعه میدانی،^۱ ۶۳۰ نفر با میانگین سنی $۱۲/۲ \pm ۳۹/۹$ شرکت کردند که ۶۱/۹ درصد از آنان سیگارهای خارجی مصرف می‌کردند و ۲۲/۵ درصد از سیگارهای مصرفی آنان قاچاق بوده است. در میان سیگارهای خارجی، ۶۷ درصد به صورت قانونی تهیه، ساخت و یا وارد می‌شد. ۶ درصد از سیگارهای تولید داخل به صورت قاچاق بوده است (جدول ۵).

جدول ۵. میزان فراوانی سیگارهای مصرفی شهر تهران
در سال ۱۳۸۷ مطالعه میدانی

نوع سیگار مصرفی	تعداد	درصد
ایرانی	۲۴۰	۳۸/۱
خارجی	۳۹۰	۶۱/۹
قانونی	۴۴۸	۷۷/۵
قاچاق	۱۴۲	۲۲/۵
کل	۶۳۰	۱۰۰

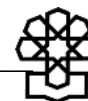
مأخذ: مطالعه میدانی در تهران.

۱-۳. رابطه میان هزینه - درآمد روزانه در مصرف سیگار

یکی از مهمترین فاکتورهای مؤثر در مصرف و کنترل دخانیات قیمت و هزینه‌های آن است، بنابراین، لزوم برآورد هزینه روزانه مصرفی توسط افراد سیگاری اهمیت زیادی در برنامه‌های کنترل دخانیات دارد. براساس مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۳ با هدف تعیین دقیق میزان هزینه مصرفی روزانه افراد سیگاری در شهر تهران تدوین شد، هزینه مصرفی روزانه، ۴۱/۸ درصد (۱۱۹۲ نفر) از پرسش‌شوندگان بین ۲۵۱ تا ۴۵۰ تومان هزینه روزانه سیگار بوده و بیشترین فراوانی هزینه روزانه ۴۰۰ تومان و میانگین ۴۶۸ تومان بوده است (جدول ۶).

درواقع هزینه روزانه مصرف سیگار حدود ۶۶ درصد از افراد سیگاری در شهر تهران، کمتر یا مساوی ۴۵۰ تومان بوده است.

۱. مطالعه‌ای برای اولین بار در کشور جهت دستیابی به میزان سیگارهای قانونی و قاچاق طراحی شده است. این مطالعه به صورت مقطعی توصیفی در شهر تهران طی ۶ ماهه دوم سال ۱۳۸۸ انجام گرفت. افراد سیگاری شهر تهران که حداقل سابقه یک سال مصرف سیگار را ذکر کرده‌اند به صورت تصادفی در نقاط مختلف شهر مورد ارزیابی پاکت سیگارشان قرار گرفتند. علاوه بر اطلاعات دموگرافیک و وضعیت مصرف دخانیات، نوع ایرانی و خارجی بودن سیگار و همچنین قانونی و قاچاقی بودن آن ثبت شد.



جدول ۶. توزیع فراوانی نسبی جنس افراد سیگاری شهر تهران بر حسب هزینه روزانه سیگار مصرفی در سال ۱۳۸۳

جمع	رده‌بندی هزینه روزانه- تومان				تعداد	مرد	جنس
	۶۵۰ به بالا	۴۵۱-۶۵۰	۲۵۱-۴۵۰	زیر ۲۵۰			
۲۲۶۵	۴۵۵	۳۲۷	۹۳۴	۵۴۹	تعداد		
۱۰۰/۰	۲۰/۲	۱۴/۴	۴۱/۲	۲۴/۲	درصد		
۵۵۴	۷۵	۱۱۳	۲۴۸	۱۱۸	تعداد	زن	
۱۰۰/۰	۱۳/۵	۲۰/۴	۴۴/۸	۲۱/۳	درصد		
۲۸۱۹	۵۳۰	۴۴۰	۱۱۸۲	۶۶۷	تعداد		جمع
۱۰۰/۰	۱۸/۸	۱۵/۶	۴۱/۹	۲۳/۷	درصد		

مأخذ: همان.

مشاهده می‌شود که مصرف روزانه در بازه ۲۵۱-۴۵۰ تومان بیشترین فراوانی را دارد. در طبقه‌بندی که براساس میزان درآمد روزانه افراد و هزینه روزانه سیگار آنها انجام شده بود مشخص شد که حدود ۸۰ درصد از افرادی که درآمد روزانه آنها کمتر از ۵ هزار تومان است، هزینه روزانه سیگار بین ۴۵۰-۰ تومان داشتند. هزینه روزانه بین ۴۵۰-۰ تومان برای افرادی که درآمد روزانه بین ۱۰-۵ هزار تومان دارند حدود ۶۰ درصد و برای افراد با درآمد روزانه بالای ۱۰ هزار تومان، حدود ۶۵ درصد است (جدول ۷).

همچنین ۶۰ درصد از افراد با درآمد روزانه کمتر از ۵ هزار تومان، هزینه روزانه سیگار بین ۲۵۱ - ۴۵۰ تومان دارند و در مقابل حدود ۶/۵ درصد از افراد این گروه هزینه روزانه بین ۴۵۱-۶۵۰ تومان دارند. این گروه کمترین تعداد افراد سیگاری با هزینه روزانه سیگار بیش از ۶۵۰ تومان را شامل می‌شوند.

جدول ۷. توزیع فراوانی نسبی هزینه روزانه سیگار مصرفی بر حسب درآمد روزانه در سال ۱۳۸۳

جمع	رده‌بندی هزینه سیگار روزانه- تومان				تعداد	بیش از ۱۰ هزار	درآمد روزانه- تومان
	۶۵۰ به بالا	۴۵۱-۶۵۰	۲۵۱-۴۵۰	زیر ۲۵۰			
۱۳۶۱	۲۸۵	۲۰۶	۵۶۶	۳۰۴	تعداد		
۱۰۰/۰	۲۰/۹	۱۵/۱	۴۱/۶	۲۲/۳	درصد		
۸۷۶	۱۶۸	۱۸۶	۳۰۵	۲۱۷	تعداد	بین ۵ تا ۱۰ هزار	
۱۰۰/۰	۱۹/۲	۲۱/۲	۳۴/۸	۲۴/۸	درصد		
۵۲۸	۶۶	۳۴	۳۰۲	۱۲۶	تعداد	کمتر از ۵ هزار	
۱۰۰/۰	۱۲/۵	۶/۴	۵۷/۲	۲۳/۹	درصد		
۲۷۶۵	۵۱۹	۴۲۶	۱۱۷۳	۶۴۷	تعداد		جمع
۱۰۰/۰	۱۸/۸	۱۵/۴	۴۲/۴	۲۳/۴	درصد		

مأخذ: مطالعه میدانی در تهران.

۴-۱. رابطه میان قاچاق مکشوفه، حقوق ورودی و تعرفه

طبیعی است که ملاحظات ساختاری اقتصاد کشورها تأثیر بسزایی در میزان قاچاق و قاچاق مکشوفه دارد. در صورتی که ملاحظات ساختاری اقتصاد ثابت در نظر گرفته شود، به لحاظ نظری انتظار می‌رود که با افزایش حقوق ورودی و تعرفه، میزان قاچاق افزایش پیدا کند. میزان قاچاق مکشوفه با تغییر در سازوکارهای مبارزه با قاچاق و یا سایر متغیرهای مرتبط می‌تواند تغییر کند. با این حال سؤال این است که با فرض ثبات سایر شرایط، آیا می‌توان رابطه‌ای میان حقوق ورودی یا نرخ تعرفه با قاچاق برای اقتصاد ایران به دست آورد؟

پروکسی^۱ قاچاق سیگار در اینجا قاچاق مکشوفه است که توسط گمرک اعلام می‌گردد. نمودارهای ۱، ۲ و ۳ به ترتیب قاچاق مکشوفه، واردات و نرخ حقوق ورودی را نشان می‌دهد.

قاچاق مکشوفه از سال‌های ۱۳۸۳ - ۱۳۸۷ روند کاهنده داشته و در سال ۱۳۸۸ با افزایش شدید به بالاترین مقدار در طی سال‌های ۱۳۸۲ - ۱۳۸۹ رسیده است (نمودار ۱). در مقابل طی سال‌های ۱۳۸۲ - ۱۳۸۷، روند نرخ تعرفه ورودی، روند کاهنده داشته و در سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ به یکباره افزایش یافته است.

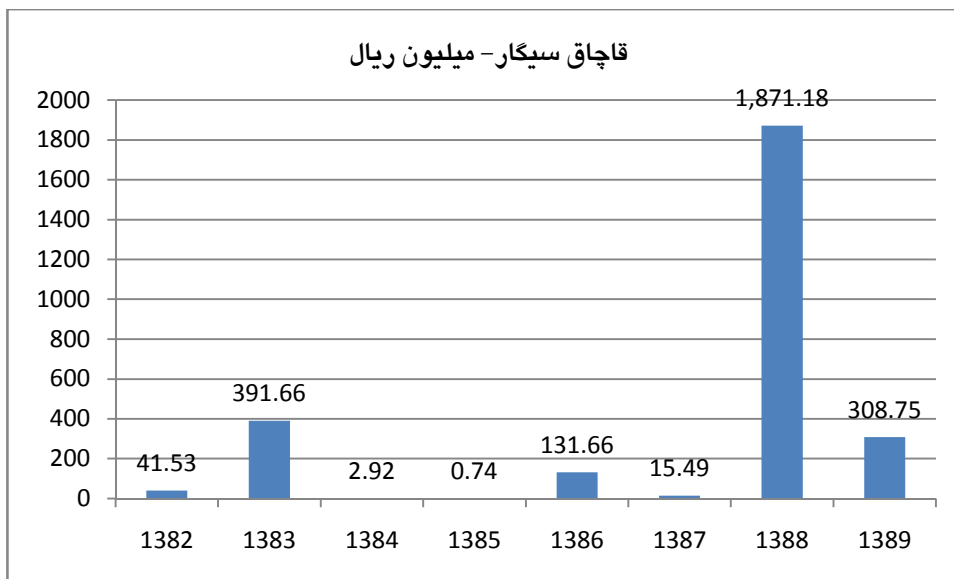
طی سال‌های ۱۳۸۲ - ۱۳۸۸، نرخ ورودی و قاچاق مکشوفه از روند مشابهی برخوردار بوده است. در صورتی که این بازه زمانی مبنای مطالعه باشد و سایر موارد تأثیرگذار ثابت در نظر گرفته شوند و قاچاق مکشوفه پروکسی خوبی از قاچاق کل باشد، در این صورت می‌توان بیان کرد که با افزایش نرخ حقوق ورودی، میزان قاچاق افزایش یافته است. در صورتی که اطلاعات سال ۱۳۸۹ نیز به بازه زمانی تحلیل اضافه شود در آن صورت روندهای تغییر نرخ ورودی و میزان قاچاق مکشوفه همسویی کامل نخواهند داشت.

از سوی دیگر تا سال ۱۳۸۷، روش کشف قاچاق بیشتر از طریق بازرسی گسترده از شرکت‌های واردکننده، شرکت‌های پخش و واحدهای خرده‌فروشی و عمده‌فروشی بوده که در این سال دستورالعمل جدیدی توسط ستاد مرکزی مبارزه با قاچاق کالا و ارز تدوین شده است. در صورتی که آثار این تغییر در سازوکار کشف قاچاق، خود را در سال ۱۳۸۸ نشان داده باشد در آن صورت قدرت تبیین رابطه میان قاچاق مکشوفه و نرخ حقوق ورودی باز هم می‌تواند با تردید بیشتری روبرو شود.

۱. متغیر جایگزین (زمانی که در مورد متغیر اصلی اطلاعات کافی موجود نباشد از متغیر جایگزین یا تقریبی برای بحث و بررسی استفاده می‌شود).

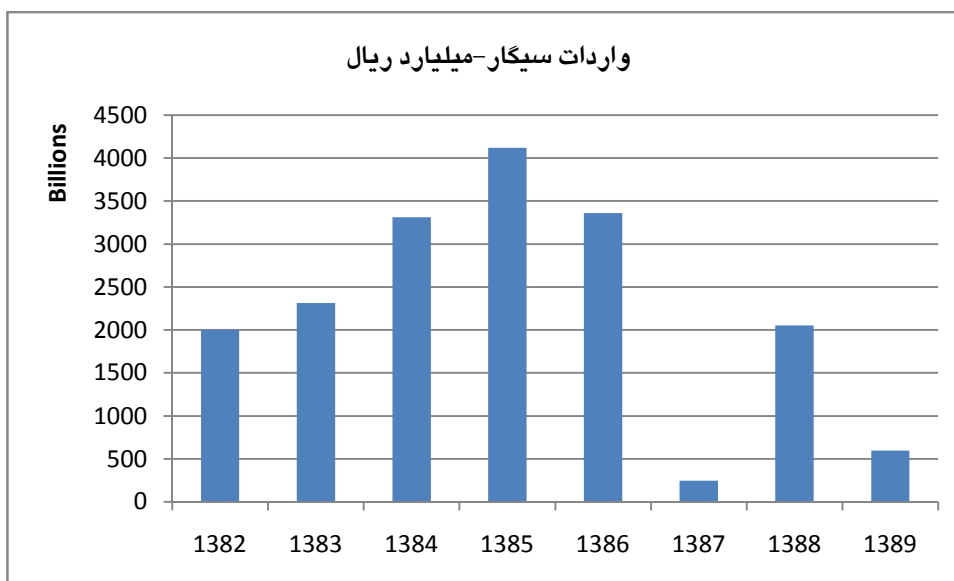


نمودار ۱. قاچاق مکشوفه سیگار (میلیون ریال)

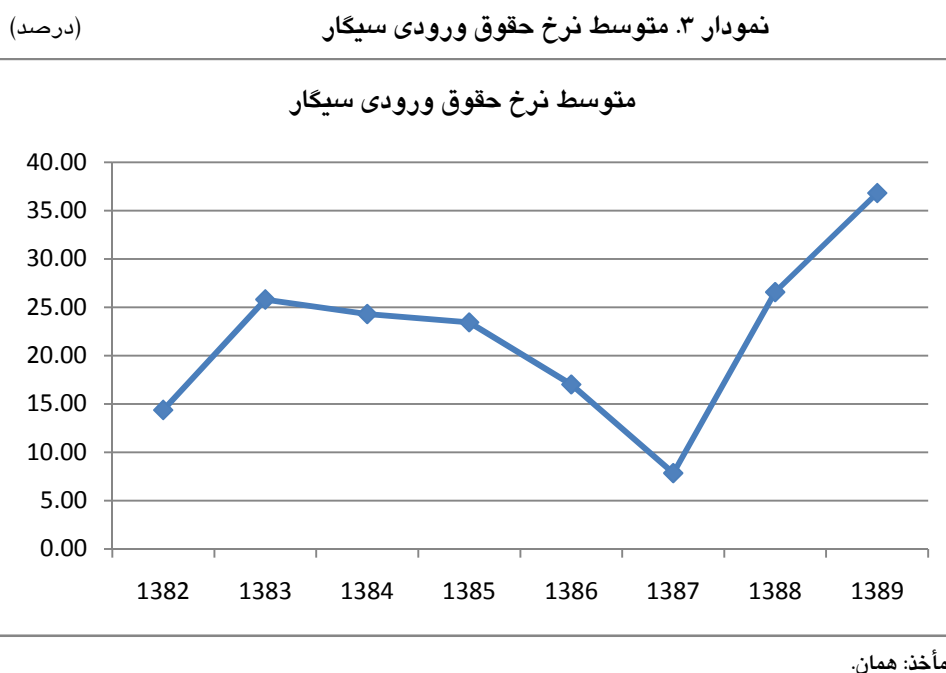


مأخذ: گمرک جمهوری اسلامی ایران.

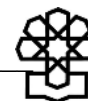
نمودار ۲. واردات سیگار (میلیارد ریال)



مأخذ: همان.



بر اساس داده‌های جدول ۸ نرخ حقوق ورودی برای انواع سیگار ۴ درصد و مالیات بر ارزش‌افزوده آن نیز معادل ۴ درصد برای سال (۱۳۹۰) تعیین شده است. در پاره‌ای از تحلیل‌ها حقوق ورودی (از جمله ۴ درصد در سال ۱۳۹۰) عامل مؤثری در افزایش قاچاق در نظر گرفته شده است. به دلیل عدم وجود اطلاعات مناسب در این خصوص، امکان ارائه تحلیل وجود ندارد. با این حال از منظر ستاد مبارزه با قاچاق کالا، دریافت ۳۵ ریال به ازای هر نخ سیگار به‌عنوان عوارض بر افزایش قاچاق سیگار تأثیر معناداری دارد و بر این اساس علیرغم پیش‌بینی آن در بودجه سال ۱۳۹۰، این رقم توسط ستاد مذکور حذف شده است.



جدول ۸. ردیف تعرفه‌ای سیگار

ملاحظات Remark	کد کشور دارنده تعرفه ترجیحی Preferential Tariff	SUQ	مالیات ارزش افزوده VAT	حقوق ورودی Import Duty	نوع کالا	شماره تعرفه
					توتون و تنباکوی خام یا نساخته، آخال آنها	۲۴۰۱
		کیلوگرم	۰	۴	- توتون و تنباکو با برگ دور نبریده و ساقه نبریده	۲۴۰۱۱۰۰۰
		کیلوگرم	۴	۴	- توتون و تنباکو که قسمتی یا تمام برگ‌های آن دور بریده یا ساقه بریده باشد	۲۴۰۱۲۰۰۰
		کیلوگرم	۴	۴	- آخال توتون و تنباکو	۲۴۰۱۳۰۰۰
	۹				سیگار برگ (از جمله سیگارهای برگ نوک بریده)، سیگاریلو (Cigarillos) و سیگار، از توتون یا از بدل توتون	۲۴۰۲
	۹	کیلوگرم	۴	۴	- سیگار برگ (از جمله سیگارهای برگ نوک بریده) و سیگاریلو حاوی توتون	۲۴۰۲۱۰۰۰
	۸	کیلوگرم	۴	۴	- سیگار حاوی توتون	۲۴۰۲۲۰۰۰
	۹	کیلوگرم	۴	۴	- سایر	۲۴۰۲۹۰۰۰

مآخذ: کتاب قانون مقررات صادرات و واردات سال ۱۳۹۰.

با توجه به آنکه آمار قاچاق براساس قاچاق مکشوفه است، نمی‌توان اظهارنظر دقیقی از رابطه بین نرخ حقوق ورودی سیگار و میزان قاچاق صورت گرفته ارائه داد.

۵-۱. نگاهی بر قاچاق سیگار در ایران

براساس اطلاعات و آمار موجود باید گفت قاچاق سیگار در ایران حدود ۲۰ درصد بازار مصرف را شامل می‌شود و تقریباً در حد متوسط جهانی قرار دارد و در مقایسه با گذشته بیشتر نشده است. محصولات دخانی غیرقانونی در کشور به دو گروه محصولات قاچاق و تقلبی تقسیم می‌شوند. شواهد نشان می‌دهد که محصولات قاچاق همان محصولات وارداتی به کشور است که تنها بدون پرداخت عوارض و مالیات، از مبادی غیررسمی وارد شده است. این درحالی است که محصولات

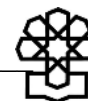
تقلبی که سهم ناچیزی از بازار غیرقانونی را به خود اختصاص می‌دهد، در کارگاه‌های غیرمجاز، به‌ویژه در کشورهای همسایه ساخته و وارد کشور می‌شود. شرکت دخانیات ایران میزان قاچاق محصولات دخانی را در سال ۱۳۸۹ بالغ بر ۴۲ درصد اعلام کرده است. این میزان برطبق فرض ۶۰ میلیارد نخ سیگار مصرفی در سال ۱۳۸۹ به عدد ۲۵ میلیارد نخ می‌رسد. حتی در صورت صحیح بودن آمارهای اعلام شده این سؤال مطرح می‌شود که این میزان چگونه وارد کشور شده و به‌دست مصرف‌کننده رسیده است.

بنابر اعلام ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز، علیرغم گستردگی اقدامات این ستاد، کل میزان کشفیات قاچاق سیگار در سال ۱۳۸۹ کمتر از ۱۰ درصد کل سیگار قاچاق به کشور است. گفته می‌شود بیشتر میزان قاچاق به کشور متعلق به شرکت‌های KT&G و Philip Morris می‌باشد. شرکت دخانیات ایران با شرکت KT&G قرارداد همکاری دارد و باید با نظارت بر این شرکت و اتخاذ تدابیر مناسب، از ورود محصولات این شرکت به‌صورت غیرقانونی به کشور جلوگیری نماید (راهکاری غیر از کاهش عوارض و مالیات). شرکت Philip Morris متعلق به ایالات متحده است و هیچ ارتباط رسمی درخصوص ورود محصولات آن شرکت به ایران وجود ندارد. با این وجود حدود ۱۰ درصد سهم مصرف را از طریق سیستم پیچیده توزیع برند مارلبورو که متعلق به شرکت Philip Morris می‌باشد در اختیار دارد.

۲. تجربه جهانی در سیاستگذاری مدیریت مصرف سیگار

کنترل مصرف سیگار از طریق مالیات‌ستانی، تغییر در مالیات و تأثیر آن بر درآمد دولت و ارتباط میان قاچاق و قیمت سیگار موضوعاتی هستند که به‌عنوان تجربه جهانی در حوزه مدیریت مصرف سیگار (در چارچوب ملاحظات اقتصاد سلامت) در این بخش ارائه شده‌اند.

تجربه جهانی نشان می‌دهد که با افزایش مالیات مصرف سیگار کاهش پیدا می‌کند، هرچند که در این تحلیل لازم است سایر شرایط مرتبط با موضوع بدون تغییر فرض شوند. ازسوی دیگر یکی از نکاتی که در کنترل قیمت سیگار مطرح می‌شود تأثیر افزایش قیمت (ازجمله از طریق افزایش مالیات) بر سطح قاچاق سیگار است. تجربه کشورهای اروپا نشان می‌دهد که ارتباط معناداری میان افزایش مالیات بر سیگار و افزایش قاچاق وجود ندارد. درواقع متغیرهای ساختاری اقتصاد تعیین‌کننده سطح قاچاق کالا (ازجمله سیگار) است.

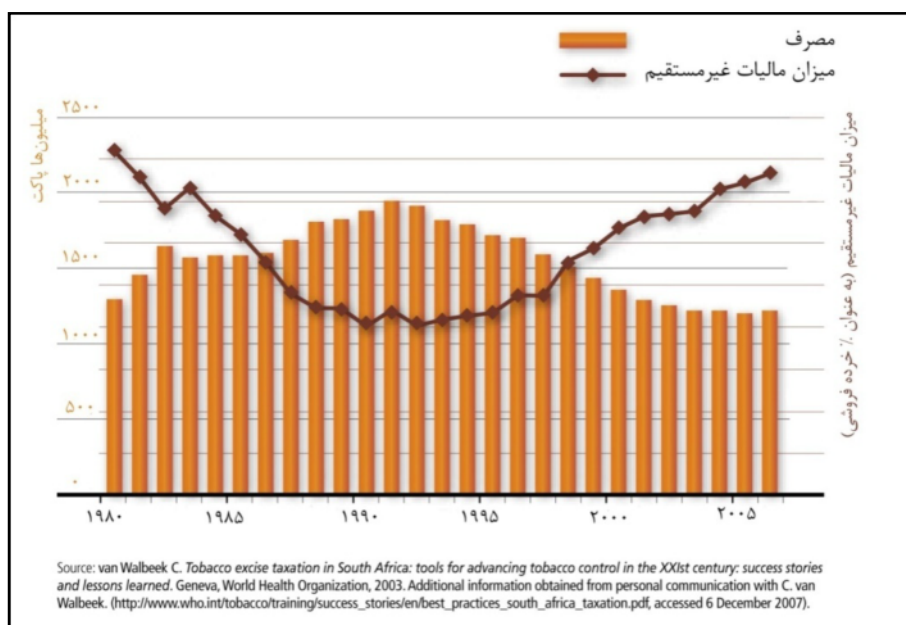


۲-۱. رابطه افزایش مالیات با کاهش مصرف

مطالعات جهانی نشان می‌دهد افزایش قیمت محصولات دخانی از طریق مالیات یک روش مؤثر برای کاهش مصرف و تشویق به ترک استعمال دخانیات است. در مجموع افزایش ۱۰ درصدی مالیات دخانیات کاهش مصرفی به میزان ۴ درصد در کشورهای پردرآمد و ۸ درصد در کشورهای بادرآمد متوسط و کم‌درآمد را در پی دارد. بانک جهانی توصیه می‌کند که سیاست‌های مالیاتی کشورها در جهت کاهش مصرف دخانیات با سیاست‌های جامع کنترل دخانیات وفق داده شود. مالیات بر دخانیات باید بین دوسوم تا چهارپنجم قیمت خرده‌فروشی باشد. تعداد کمی از کشورهای با درآمد پایین و متوسط به این میزان از مالیات دست یافته‌اند و بیشتر آنها می‌توانند میزان مالیاتشان را به‌طور قابل توجهی افزایش دهند.

به‌طور مثال در نمودار ۴ رابطه بین مصرف سیگار و میزان مالیات غیرمستقیم در آفریقای جنوبی نشان داده شده است. با فرض ثبات سایر شرایط، افزایش مالیات غیرمستقیم موجب کاهش مصرف شده است. طبیعی است که محدوده تأثیرگذاری و حداقل قیمت سیگار مؤثر در کاهش مصرف از جمله متغیرهایی هستند که در هر کشور ملاحظات ساختاری و نهادی بر آن تأثیرگذار هستند.

نمودار ۴. رابطه بین مصرف سیگار و میزان مالیات غیرمستقیم در آفریقای جنوبی



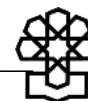
مطالعات بی‌شمار و تجربه به‌دست آمده از بسیاری کشورها نشان داده است که مالیات بالاتر، تعداد مصرف‌کنندگان مواد دخانی و تعداد بیماری‌ها و مرگ‌ومیرهای ناشی از آن را کاهش می‌دهد.

قیمت بالاتر، مصرف‌کنندگان فعلی دخانیات را تشویق به ترک می‌کند و مانع از شروع مصرف آن می‌شود. همچنین شروع مجدد مصرف سیگار را در سیگاری‌های سابق متوقف می‌کند. قیمت‌های بالا با تعداد سیگارهای مصرف در هر روز در میان افراد سیگاری رابطه معکوس دارد. افزایش مالیات که قیمت‌های واقعی سیگار را تا ۱۰ درصد جهانی بالا می‌برد می‌تواند موجب ترک ۴۰ میلیون فرد سیگاری و مانع از مرگومیر ۱۰ میلیون نفر بر اثر بیماری‌های ناشی از استعمال دخانیات شود. در سال ۲۰۰۶، کمیسیون اروپا با هدف کاهش تفاوت در میزان مالیات دخانیات در کشورهای عضو اتحادیه اروپا پیشنهاد کرد که قیمت سیگار در ۱۱ کشور عضو اتحادیه اروپا در مدت پنج سال آتی، به میزان حداقل ۲۰ درصد افزایش یابد. در این طرح قیمت سیگار در لهستان، بیشترین افزایش (۴۷ درصد) و پس از آن، اسلوواکی و بلغارستان، هرکدام با ۳۶ درصد افزایش قیمت پیش‌بینی شده بود. این کمیسیون پیش‌بینی کرده است که، افزایش مالیات دخانیات، تقاضای سیگار را تا سال ۲۰۱۴، به میزان ۱۰ درصد کاهش خواهد داد.

۲-۲. افزایش درآمد دولت از طریق افزایش مالیات

در پاره‌ای موارد، صنایع دخانی اعلام می‌کنند که افزایش مالیات دخانیات باعث کاهش درآمدهای دولت می‌شود، اما تجربه جهانی این موضوع را تأیید نمی‌کند. تجربیات حاکی از آن است که علیرغم تأثیر افزایش مالیات بر کاهش تقاضا، در نهایت درآمد دولت از طریق افزایش مالیات، افزایش می‌یابد. به‌طور کلی افزایش ۱۰ درصدی مالیات دخانیات^۱ باعث افزایش ۷ درصدی درآمدهای حاصل از مالیات می‌شود. اگرچه تأثیر افزایش مالیات دخانیات در کشورهای با درآمد کم و متوسط کمی بیشتر است، ولی تجربه نشان داده است که این امر به هیچ وجه موجب کاهش درآمد دولت‌ها نشده است. به‌عنوان مثال، در آفریقای جنوبی افزایش هر ۱۰ درصد در مالیات غیرمستقیم سیگار با افزایش تقریبی ۶ درصد درآمدهای حاصل از مالیات سیگار همراه بوده است، چنانچه طی سال‌های ۱۹۹۴ - ۲۰۰۱ درآمد حاصل از مالیات غیرمستقیم بیش از دو برابر شده است. در هر کشور و دستگاه‌های وابسته به دولت با یک نظام مالیاتی کارآمد که به‌طور چشمگیر مالیات بر سیگار را افزایش داده است، حتی هنگام کاهش مصرف سیگار از افزایش اساسی بر درآمد نیز برخوردار شده است. در تایلند نیز افزایش مالیات دخانیات بین سال‌های ۱۹۹۴ و ۲۰۰۷، از ۶۰ درصد تا ۸۰ درصد

۱. همان‌طور که قبلاً بیان شد افزایش ۱۰ درصدی مالیات دخانیات باعث کاهش ۴ درصدی مصرف دخانیات در کشورهای پردرآمد و کاهش ۸ درصدی آن در کشورهای با درآمد کم و متوسط می‌گردد.



قیمت عمده‌فروشی، موجب کاهش مصرف و در مقابل موجب افزایش درآمد حاصل از مالیات شد.^۱

۲-۳. آثار مثبت افزایش مالیات بر سیگار

افزایش مالیات دخانیات به‌طور ویژه‌ای با کاهش مصرف آن در جوانان و افراد بی‌بضاعت همراه است. افراد در این گروه‌های اجتماعی - اقتصادی، بیشتر تحت تأثیر قیمت کالاها می‌باشند. با ملاحظه اینکه اقلام دخانیات از کشش جایگزینی اندکی برخوردار هستند، افزایش قیمت دخانیات باعث می‌شود که این گروه‌ها ماده دخانی مصرفی‌شان را ترک کنند و یا اصلاً اقدام به شروع مصرف نمایند.

به‌عنوان مثال، در آفریقای جنوبی طی دهه ۱۹۹۰ مالیات دخانیات تا ۲۵۰ درصد و قیمت خرده‌فروشی تا ۵۰ درصد افزایش یافت. به‌ازای هر ۱۰ درصد افزایش قیمت سیگار، مصرف آن از ۵ تا ۷ درصد کاهش یافت که این کاهش مشهود، بیشتر در بین جوانان و افراد بی‌بضاعت دیده شد. در واقع این دیدگاه که مالیات محصولات دخانی به افراد مستمند ضرر می‌رساند صحیح نبوده و در حقیقت افزایش مالیات دخانیات باعث افزایش درآمدهای مالیاتی دولت شده و می‌تواند صرف برنامه‌های اجتماعی و فرهنگی مدیریت مصرف سیگار از جمله حمایت از تبلیغات ضد دخانی و خدمات ترک سیگار برای افراد سیگاری مایل به ترک آن اختصاص یابد.

علاوه بر این، افزایش مالیات باعث می‌شود افراد فقیر مصرف دخانیات را ترک و هزینه خرید دخانیاتشان را صرف تأمین موارد ضروری زندگی کنند. افزایش مالیاتی که منجر به کاهش مصرف دخانیات شود به خانواده‌های مستمند کمک می‌کند تا با کاهش بیماری‌های ناشی از مصرف دخانیات، امکان گرفتار شدن در آسیب‌های اجتماعی حاصل از آسیب‌پذیری اقتصادی (تأکید بر مصرف دخانیات) کاهش یابد. مزایای افزایش مالیات و به‌تبع آن قیمت دخانیات از نظر بهداشت، سلامت و درآمد چشمگیر است. در تمام دنیا میزان مصرف دخانیات توسط اقشار فقیر بالاتر است. تقریباً در تمام کشورها، هزینه مصرف دخانیات در میان گروه‌های کم‌درآمد بالاتر است و درصد بیشتری از درآمدهای آن‌ها را صرف تهیه و مصرف محصولات دخانی می‌کنند. افراد سیگاری در خانواده‌های اندونزی ۱۱/۵ درصد درآمد خانوادگی خود را صرف تهیه و مصرف محصولات دخانی می‌کنند در حالی که ۱۱ درصد از آن صرف هزینه‌هایی مثل گوشت، ماهی، تخم‌مرغ و ترکیبات لبنی، ۲/۲ درصد صرف تحصیلات و ۲/۳ درصد صرف هزینه بهداشت می‌کنند. افزایش مالیات بر دخانیات می‌تواند موجب ایجاد انگیزه در اقشار کم‌درآمد به منظور کاهش مصرف دخانیات یا توقف در مصرف آن شود. همچنین این امکان را فراهم می‌کند تا پول خود را صرف

۱. ۲۰۰۰۰ میلیون THB در سال ۱۹۹۴ به ۴۱۵۲۸ میلیون THB در سال ۲۰۰۷ افزایش.

هزینه غذا، سرپناه، تحصیلات و مراقبت‌های بهداشتی کنند. نیمی از مصرف‌کنندگانی که تمام عمر مصرف‌کننده دخانیات بوده‌اند دچار مرگ زودرس ناشی از بیماری‌های مرتبط با دخانیات می‌شوند. اقشار کم‌درآمد نسبت به افزایش قیمت دخانیات بیش از اقشار پردرآمد تأثیر می‌پذیرند. به طوری که افزایش مالیات بر دخانیات، مصرف را در میان اقشار کم‌درآمد کاهش خواهد داد.

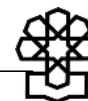
با ملاحظه وجود تفاوت در ذائقه مصرف‌کنندگان سیگار، در اثر سیاستگذاری، تمام افراد مصرف‌کننده یک برند خاص به سیگارها یا محصولات دخانی ارزان‌تر روی نمی‌آورند. حتی زمانی که جایگزینی برای آن وجود نداشته باشد، (مطالعات مختلف از سراسر جهان تأیید می‌کنند که مالیات بالاتر بر سیگار، از شروع به مصرف سیگار جلوگیری خواهد کرد)، آنها را تشویق به ترک خواهد کرد و موجب کاهش میزان مصرف سیگار می‌شود. در واقع افزایش مالیات تفاوت قیمت بین برندهای مختلف را کاهش می‌دهد، بنابراین جایگزینی در میان محصولات دخانی را زمانی که مالیات بالا می‌رود، محدود می‌کند.

۴-۲. سیاست‌های مالیاتی مؤثر در خصوص محصولات دخانی

مالیات‌های محصولات دخانی انواع بسیاری دارند، ولی مؤثرترین نوع آن معمولاً مالیات غیرمستقیم مقدار مشخصی است که بر محصول دخانی وضع می‌گردد، مانند مالیاتی که به‌ازای هر پاکت یا کارتن سیگار پرداخت می‌شود. لازم به‌ذکر است که مالیات غیرمستقیم نباید با مالیات فروش یا مالیات افزوده بر قیمت اخذ شده از کالاها یا با درآمدهای مالیاتی شرکت‌ها که بر تمامی کالاهای تجارتي وضع می‌گردند، اشتباه گرفته شود. با اعلام مقدار مشخصی مالیات بر واحد محصول دخانی، دولت‌ها می‌توانند از تقلب در میزان مالیات جلوگیری کنند.

مالیات‌های غیرمستقیم باید در کشورها ساده و آسان اعمال گردند و لازم است که به‌طور منظم مطابق با تورم و قدرت خرید مصرف‌کنندگان تغییر کند تا آنها نیز به‌منظور حفظ توانایی، مصرف دخانیاتشان را کاهش دهند. این مالیات‌ها به‌جای اخذ از عمده و یا خرده‌فروشان باید در مرحله تولید وضع گردند و با یک مهر تأیید شوند تا بار نظارتی بر این تجارت‌های کوچک‌تر کاهش یابد و فرار از مالیات به حداقل برسد. همچنین از نوع مالیات غیرمستقیم ویژه مقدار مشخصی از کالا نیز باید برای سیگارهای وارداتی وضع شود.

همه محصولات دخانی باید به همین روش مالیات‌بندی شوند. وضع مالیات بر محصولات دخانی ارزان همچون سیگار باید مساوی با محصولات با مالیات سنگین باشد، زیرا از جایگزینی در مصرف ماده دخانی دیگر جلوگیری می‌کند.



۲-۵. رابطه افزایش مالیات با قاچاق سیگار

یک دیدگاه که غالباً از طریق صنایع دخانی پیگیری می‌شود آن است که افزایش مالیات بر محصولات دخانی منجر به افزایش قاچاق، تولید غیرقانونی سیگار و سایر فعالیت‌های پنهانی مرتبط با آن می‌شود، اما تجربه جهانی نشان می‌دهد که این دیدگاه، صحیح نیست. در واقع مالیات بر دخانیات دلیل اصلی قاچاق سیگار و فرار از مالیات نیست. مطالعه بانک جهانی نشان می‌دهد که میزان قاچاق با میزان فساد در یک کشور متناسب است.

به‌عنوان مثال، در کشور اسپانیا سال‌ها با وجود کمتر بودن مالیات دخانیات نسبت به سایر کشورهای اروپایی، میزان قاچاق دخانیات در این کشور بیشتر از سایرین بود که این امر به دلیل آسان گرفتن قوانین مالیاتی و وجود شبکه‌های جنایی فعال بوده است. حال آنکه زمانی که اسپانیا مالیات دخانیات را افزایش داد و اعمال قوانین مالیاتی را در اواخر دهه ۱۹۹۰ تشدید کرد، میزان قاچاق به مقدار زیادی کاهش یافت و درآمدهای دخانی نیز تا ۲۵ درصد افزایش یافت.

مثال دیگر در این خصوص کشورهای اسکانداویژی است. علیرغم قیمت‌های بالای سیگار و مالیات‌های سنگین بر محصولات دخانی، قاچاق در کشورهای اسکانداویژی تقریباً وجود ندارد. برعکس، سیگارهای قاچاق شده می‌توانند به راحتی در آلبانی، کامبوج و اروپای شرقی، جایی که مالیات‌ها پایین و سیگارها ارزان هستند، خریداری شوند.

بر اساس مطالعه دقیقی که در اتحادیه اروپا انجام شده و نتایج آن در جدول ۹ آمده است به‌طور مشخص نشان داده می‌شود که پدیده قاچاق ارتباطی با گرانی قیمت سیگار نداشته و کشورهایایی که در آنها سیگار ارزان‌تری عرضه می‌شود درصد بالایی از قاچاق سیگار اتحادیه اروپا را به خود اختصاص می‌دهند. این موارد در کشورهای مثل لهستان، اسلونی، لیتوانی و لتونی به شکل کاملاً مشخص دیده می‌شود و در کشورهایمانند ایرلند، فرانسه، سوئد و فنلاند که قیمت‌های سیگار بالاترین رقم را به خود اختصاص می‌دهد درصد پدیده قاچاق بسیار پایین است.

جدول ۹. قیمت و مالیات دخانیات در اتحادیه اروپا (۲۰۰۶) (یورو)

کشورهای عضو	متوسط قیمت خرده‌فروشی ۲۰ تایی سیگار	مجموع مالیات‌ها در هر بسته (شامل مالیات بر ارزش‌افزوده)	مالیات غیرمستقیم ویژه به‌عنوان درصد از مجموع مالیات‌ها	مجموع درآمد مالیاتی سرانه (شامل مالیات بر ارزش‌افزوده)	مصرف سرانه (بسته)	درصد افراد سیگاری (مردان-زنان)	قاچاق به‌عنوان درصدی از فروش داخلی
بریتانیا	۷/۴۳	۵/۸۸	۵۲	۱۹۲	۴۴	۲۶-۲۴	—
ایرلند	۶/۳۵	۴/۹۳	۵۴	۳۳۳	۶۶	۲۸-۲۶	۴
فرانسه	۵/۰۰	۴/۰۲	۷	۲۳۸	۴۷	۳۶-۲۵	۲
آلمان	۴/۴۷	۳/۴۰	۴۹	۲۰۴	۸۹	۳۷-۲۸	۱۰
دانمارک	۴/۱۵	۳/۱۰	۵۵	۲۴۲	۷۷	۳۰-۲۴	—
فنلاند	۴/۱۰	۳/۰۹	۱۰	۱۴۸	۴۸	۲۶-۱۹	—
سوئد	۴/۳۰	۲/۹۷	۱۴	۱۲۵	۴۰	۱۶-۱۹	۲
هلند	۳/۶۸	۲/۶۹	۵۰	۱۶۰	۴۷	۳۳-۲۷	۸
بلژیک	۳/۵۶	۲/۶۷	۵	۲۰۰	۶۸	۳۲-۲۲	۷
اتریش	۳/۱۰	۲/۳۴	۲۱	۲۰۸	۸۹	۳۲-۲۶	۱۵
ایتالیا	۳/۱۰	۲/۳۳	۵	۱۹۱	۸۴	۳۱-۱۷	۱۲
پرتغال	۲/۷۵	۲/۱۶	۴۹	۱۲۹	۸۹	۳۱-۱۵	—
یونان	۲/۸۰	۲/۰۶	۵	۲۵۴	۱۵۷	۵۱-۳۹	۸
لوکزامبورگ	۲/۸۸	۲/۰۲	۱۴	۱۳۵۳	۷۰۷	۳۹-۲۶	۷
اسپانیا	۲/۲۵	۱/۷۶	۹	۱۷۵	۱۰۹	۳۹-۲۵	۱۵
جزیره مالت	۳/۲۶	۲/۵۱	۱۴	۲۰۷	۷۴	۳۰-۲۱	—
قبرس	۲/۸۸	۲/۰۸	۲۰	۱۹۲	۸۷	۳۹-۸	—
اسلونی	۱/۸۸	۱/۳۹	۲۰	۱۵۵	۱۱۵	۲۸-۲۰	—
مجارستان	۱/۷۶	۱/۳۲	۴۲	۹۵	۷۶	۴۲-۲۹	۵
اسلوواکی	۱/۸۰	۱/۲۷	۴۵	۵۲	۴۲	۴۸-۳۲	۳
لهستان	۱/۴۹	۱/۱۲	۳۴	۴۸	۷۹	۳۹-۲۳	۱۵
جمهوری چک	۱/۴۹	۱/۰۰	۴۱	۸۸	۱۱۰	۳۸-۲۳	۷
استونی	۱/۲۵	۰/۸۷	۴۰	۶۰	۸۲	۴۵-۱۸	۱۶
لیتوانی	۰/۹۰	۰/۵۵	۵۰	۲۴	۴۳	۴۴-۱۲	۳۰
لتونی	۰/۶۳	۰/۴۱	۵۳	۲۷	۱۱۴	۴۹-۱۳	۳۹
میانگین اتحادیه اروپا	۳/۰۹	۲/۳۲	۳۰	۲۰۴	۱۰۳	۳۶-۲۲	—

درواقع فعالیت‌های غیرقانونی (قاچاق) می‌تواند با شیوه‌های قانونی (مثل استفاده از هولوگرام‌های معتبر مالیاتی، شماره سریال‌ها، علامت‌گذاری مخصوص بسته‌ها، علامت‌های هشداردهنده بهداشتی به زبان‌های محلی) و به‌وسیله اجرای قانون (مثل افزایش رسیدگی به امور شرکت‌ها، سیستم‌های پیشرفته ردیابی، کنترل و نظارت مناسب) کنترل شوند. درآمد حاصل از



افزایش مالیات می‌تواند صرف تأمین اعتبار این سازوکارها شود.

از سوی دیگر همکاری بین کشوری در کنترل قاچاق مؤثر است. بهبود وضعیت امنیتی مرزها و در نتیجه کاهش پولشویی، اعمال قوانین تهاجمی و نگهداری سوابق دولتی مؤثر نیز در جهت مبارزه با قاچاق مؤثر هستند. هزینه‌های اعمال قوانین شدید فقط به بخشی از درآمدهای اضافی حاصل از مالیات سنگین دخانیات افزوده می‌شود. در حال حاضر اقدامات جهانی علیه قاچاق دخانیات در حال تقویت شدن است. کشورهای عضو معاهده جهانی کنترل دخانیات در حال گفتگو و تهیه لوایح جدید قانونی در خصوص تجارت غیرقانونی دخانیات هستند که از طریق مبارزه با قاچاق و تولید محصولات دخانی تقلبی، از شیوع استعمال دخانیات جلوگیری کنند. این معاهده هماهنگی لازم بین‌المللی را در خصوص این امر مهم به‌طور چشمگیری افزایش می‌دهد.

۶-۲. هزینه‌های اقتصادی مواجهه با دود دخانیات

مواجهه با دود دخانیات موجب افزایش هزینه‌های اقتصادی برای افراد، نهادها و جامعه است. هزینه‌های اقتصادی شامل: هزینه‌های پزشکی مستقیم و غیرمستقیم و کاهش کارآیی افراد می‌شود. به‌علاوه، محیط‌هایی که در آنها سیگار کشیدن مجاز است، نیاز به هزینه‌های بازسازی و نظافت بالاتری دارند و خطر آتش‌سوزی در آنها بیشتر است و ممکن است شرکت‌های بیمه حق بیمه بالاتری بخواهند.

مطالعه‌ای در ایالات متحده، تخمین می‌زند که مواجهه با دود دخانیات سالیانه منجر به بیش از ۵ میلیارد دلار هزینه‌های پزشکی مستقیم و بیش از ۵ میلیارد دلار هزینه‌های پزشکی غیرمستقیم (مانند ازکارافتادگی، کسر حقوق و مزایای مربوط) در این کشور می‌شود. در هنگ‌کنگ، تخمین زده می‌شود که ارزش سالیانه هزینه‌های پزشکی مستقیم، مراقبت‌های طولانی‌مدت و کاهش کارآیی افراد به‌خاطر مواجهه با دود دخانیات، حدود ۱۵۶ میلیون دلار است.

۳. کشاورزی و صنعت دخانیات

نقش کشاورزی در صنعت دخانیات اهمیت کمی دارد و در بیشتر کشورها این بخش از فعالیت اقتصادی در حال کاهش است.

به‌طور کلی، اشتغال در کشت دخانیات ارتباط کمی با دیگر فعالیت‌های کشاورزی دارد. به‌خاطر ماهیت اعتیادآور محصولات دخانی، هرگونه کاهش تقاضا برای دخانیات به‌تدریج این امکان را به کشاورزان عرصه دخانیات می‌دهد تا محصولات دیگر را جایگزین دخانیات کنند.

به‌طور کلی میزان اشتغال‌زایی این صنعت پایین است و به‌دلیل مکانیزه و اتوماتیزه شدن فرآیند تولید در آن، روند کاهنده‌ای دارد.

۴. کیفیت سیگارهای قاچاق

یکی از ترفندهای صنایع دخانیاتی این است که سیگار قاچاق را غیربهداشتی معرفی کنند. در نتیجه این ذهنیت حاصل می‌شود که سیگار قانونی سیگار باکیفیتی است، درحالی که سیگار خوب سیگار خاموش است. هرچند بارها گفته شده است که سیگارهای قاچاق باعث انتقال میکروب و ویروس می‌شود، اما این نکته را باید در نظر گرفت که سیگار قاچاق در بیشتر موارد به‌لحاظ ترکیبات و مواد تشکیل‌دهنده و مراحل ساخت همان سیگار قانونی است که فقط مالیات و عوارض آن پرداخت نشده است و تنها به روشی خاص از مسیر قانونی عرضه خارج می‌گردد و سر از بازار سیاه درمی‌آورد. در دود سیگار چه قاچاق و چه قانونی بیش از ۴۰۰۰ ماده سمی وجود دارد که باعث به‌وجود آمدن ۹۰ درصد سرطان ریه و ۷۵ درصد بیماری‌های تنفسی و ۵۰ درصد بیماری‌های قلبی و عروق ۱۲ درصد کل مرگ‌ومیرها می‌شود. پس تفاوتی بین سیگار قاچاق و تولید داخل از نظر آسیب به سلامت عمومی وجود ندارد و اهمیت سیگار قاچاق فقط در نپرداختن مالیات و تغییر سلیقه بازار مصرف است که باید به جدیت با آن مبارزه شود.

۵. مواد قانونی مرتبط

اساسنامه کنونی تشکیل شرکت دخانیات ایران به‌منظور وصول حق انحصار دولت در تاریخ ۱۳۴۷/۶/۱۶ به تصویب مجلس رسید.^۱ در سال ۱۳۷۶، آیین‌نامه‌ای درباره ممنوعیت استعمال و عرضه سیگار و سایر مواد دخانی در اماکن عمومی به تصویب هیئت وزیران رسیده است. به‌منظور برنامه‌ریزی برای مبارزه با مصرف مواد دخانی و حفظ سلامت عمومی، قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات در سال ۱۳۸۵ و آیین‌نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات نیز به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد ماده (۱۸) قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات توسط

۱. از منظر تاریخی، تصویب قانون انحصار دولتی دخانیات در سال ۱۳۰۸، اصلاح قانون انحصار دخانیات در سال ۱۳۱۰، نظامنامه مربوط به عملی کردن انحصار دخانیات در سال ۱۳۱۳ و اساسنامه مؤسسه انحصار دخانیات در سال ۱۳۴۵ از جمله سوابق قانونی موضوع دخانیات هستند.



هیئت وزیران در سال ۱۳۸۶ به تصویب رسیده است. همچنین براساس بند «ب» ماده (۲۰۷) قانون برنامه پنجم توسعه در دولت مجاز شده است تا با مشارکت دستگاه‌های ذیربط و اتاق‌های بازرگانی، صنایع و معادن و تعاون نسبت به تهیه لایحه جامع مبارزه با قاچاق کالا و ارز اقدام نموده و جهت بررسی و تصویب به مجلس شورای اسلامی ارائه نماید.

همچنین از زمان اجرای معاهده کنترل دخانیات در سال ۲۰۰۵، پیشرفت‌های مهمی در تصویب سیاست‌های مستند به‌دست آمده است. پیش از آن، تنها پنج کشور، قوانین جامع ضد دخانیات را تصویب کرده بودند، اما اکنون بیش از ۶۰ کشور جهان، قوانین نیرومندی را برای مبارزه با دخانیات در سطح ملی یا محلی تصویب کرده‌اند و برخی دیگر نیز به دنبال ارزیابی مزیت‌های بهداشتی این اقدامات هستند. ایران از جمله کشورهای پیشگام بوده که به این معاهده پیوسته‌اند. از منظر بودجه‌ای نیز در قانون بودجه سال ۱۳۹۰، مالیات فروش سیگار (شامل مالیاتی که قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات) از ۴۰ درصد به ۲۰ درصد برای محصولات وارداتی و از ۲۰ درصد به ۵۰ درصد برای تولید داخل کاهش یافت.

۶. تحلیل مدیریت بازار سیگار

تجربه جهانی در مدیریت مصرف سیگار از یک‌سو و ملاحظات پیرامون الگوی تولید، مصرف، واردات و قاچاق سیگار در ایران از دیگر سو که در بخش‌های پیشین ارائه شد و مقایسه تطبیقی آنها در صورت امکان، سنگ‌بنای تحلیل مدیریت بازار سیگار را تشکیل می‌دهند. راهبردهای نهادهای بین‌المللی، همچون سازمان بهداشت جهانی، با تأکید بر کنترل مصرف با ملاحظات سلامت و تحلیل‌های اقتصاد کنترل دخانیات (از طریق بررسی سازوکار تعامل دولت - بازار و ابزارهای سیاستی کارآمد) که توسط بانک جهانی و سایر نهادهای مرتبط ارائه شده است را می‌توان از منظر عرضه و تقاضای دخانیات، هزینه‌ها و پیامدهای کنترل دخانیات، سطح اطلاعات در دسترس عرضه‌کننده و تقاضاکننده (ناکامل، کامل و متقارن و نامتقارن) و منافع - هزینه ورود به قاچاق (ملاحظات ساختاری اقتصاد در حوزه قاچاق، احتمال کشف قاچاق، جریمه مؤثر یا غیرمؤثر)، سطح عمومی قاچاق در کشور، (تفاوت قیمت داخل و خارج، میزان مالیات، تعرفه، حقوق ورودی) بررسی کرد. در مجموع در بیشتر موارد، راهبردهای مورد تأکید در کنترل مصرف دخانیات شامل موارد زیر هستند: پایش مصرف دخانیات و سیاست‌های پیشگیرانه، محافظت از مردم در برابر دود دخانیات، کمک به ترک مصرف دخانیات، هشدار در برابر خطرات مصرف دخانیات، ممنوعیت تبلیغات (و ترویج و حمایت از دخانیات) و سیاستگذاری مالیاتی.

ابعاد و متغیرهای هریک از راهبردهای فوق، با فرض ثبات سایر شرایط می‌تواند مبنای تحلیل نوع تأثیرگذاری (اثر مثبت یا منفی) و سطح تأثیرگذاری (درصد تأثیر بر متغیر وابسته) قرار گیرد. طبیعی است که سطح اطلاعات در دسترس که به حد کفایت دقیق باشد امکان بررسی درصد تأثیرگذاری متغیر مستقل (مانند نرخ مالیات) بر متغیر وابسته (میزان مصرف یا میزان قاچاق سیگار) وجود دارد. حالت دوم آن است که به دلیل جزئی نبودن اطلاعات فقط نوع تأثیر متغیر تصمیم‌گیری (مثبت یا منفی) را شناسایی و آن را تحلیل کرد. در سطح تجربه جهانی، اطلاعات در هر نوع جزئی و کلی برای پاره‌ای از سیاستگذاری‌ها وجود دارند، اما در سطح اقتصاد ایران، اطلاعات در دسترس حوزه دخانیات (عرضه - تقاضا) اولاً متنوع و متفاوت هستند (تفاوت رسالت سازمانی نهادهایی که آمار را ارائه می‌دهند بر این تفاوت تأثیرگذار است) و ثانیاً در غالب موارد جزئی نیستند (امکان بررسی دقیق درصد تأثیر یک سیاستگذاری بر متغیر هدف وجود ندارد).

محورهای مهم تجربه جهانی مدیریت مصرف دخانیات (که در بخش قبل ارائه شد) عبارتند از:

- افزایش مالیات بر دخانیات، مصرف آن را کاهش می‌دهد.

- گروه‌های هدف عمده در این سیاستگذاری عبارتند از: جوانان، زنان باردار، کودکان و افراد با درآمد پایین؛

- افزایش مالیات بر دخانیات، درآمد دولت را اندکی افزایش می‌دهد.

- افزایش مالیات تأثیری بر افزایش قاچاق سیگار ندارد.

- متغیرهای ساختاری اقتصاد، تعیین‌کننده میزان قاچاق سیگار هستند.

همچنین محورهای مهم تجربه ایران در مدیریت مصرف سیگار را می‌توان در موارد ذیل

خلاصه کرد:

- افزایش تدریجی ظرفیت نهادی: ارتقای تدریجی ظرفیت قانونی از منظر کنترل دخانیات و

تعامل با نهادهای جهانی مرتبط؛

- عدم وجود نهادی متولی در زمینه ارائه آمارهای عرضه و تقاضای سیگار به‌گونه‌ای که

مورد وثوق نهادهای مرتبط با موضوع باشد و بتوان براساس آن اطلاعات، واکنش متغیرهای هدف

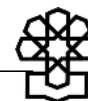
در قبال سیاستگذاری‌ها را سنجش کرد.

- عدم کاهش مصرف سرانه سیگار،

- سهم بالای قاچاق در تأمین مصرف سیگار و عدم تحقق درآمدهای بودجه‌ای پیش‌بینی شده

از واردات،

- کاهش مالیات بر محصولات وارداتی و تولید داخلی سیگار در بودجه سال ۱۳۹۰ (حذف ۳۵



ریال تعرفه به‌ازای هر نخ سیگار وارداتی در ماه‌های اخیر)،

• عدم وجود بسته سیاستی کارآمد،

- نامشخص بودن سطح حضور دولت در کنترل تولید، مصرف، واردات و قاچاق و سازوکار مدیریت شکاف تقاضا و عرضه سیگار داخل،
- نامشخص بودن سازوکار پیگیری همزمان ملاحظات بهداشت و سلامت از یک‌سو و ملاحظات تولیدی - تجاری از سوی دیگر و نامشخص بودن تعامل نهادهای سیاستگذار در این حوزه‌ها،

- نامشخص بودن راهبردهای بلندمدت و کوتاه‌مدت و سازوکار ارتباط میان آنها،

طبیعی است که به‌دلیل عدم وجود اطلاعات دقیق، امکان سنجش دقیق میزان تأثیر یک سیاستگذاری خاص (مانند تغییر مالیات) بر مصرف یا قاچاق سیگار وجود ندارد اما انتظار می‌رود که در مسیر مخالف تجربه جهانی سیاستگذاری نشود. بر این اساس کاهش نرخ مالیات بر تولید داخل و واردات سیگار در بودجه سال ۱۳۹۰ محل تأمل است. در واقع ذینفعان حقیقی و حقوقی بازار سیگار به تدریج این دیدگاه که افزایش مالیات به افزایش قاچاق منجر می‌شود را تا عالی‌ترین سطح سیاستگذاری پیش برده‌اند درحالی که تجربه جهانی آن را رد می‌کند.

از تجربه جهانی چنین حاصل شد که سطح قاچاق به ملاحظات ساختاری اقتصاد یک کشور وابسته است. از آنجا که سطح قاچاق سیگار در اقتصاد ایران در سطح بالایی قرار دارد لازم است برای کنترل قاچاق سیگار، متغیر ساختار مؤثر در این حوزه مورد توجه قرار گیرند. بررسی میزان کارآمدی سازوکارهای احتمال کشف قاچاق، میزان جریمه‌های قاچاق و ارزش واقعی آنها با ملاحظه قدرت خرید و هزینه فرصت آن، مدت زمان رسیدگی به پرونده‌های قاچاق و سازوکارهای آن، میزان شفافیت و پاسخگویی نهادهای مرتبط، تفاوت قیمت داخل و خارج، سازوکارهای پیگیری سیاست‌های سلامت، سیاستگذاری‌های گمرک و ابزارهای آن از جمله مواردی است که لازم است درباره آنها تحقیق انجام گیرد.

طبیعی است که تأثیر متقابل آنها بر همدیگر به اطلاعات دقیق نیاز دارد که از طریق آن امکان بهبود تدریجی بسته سیاستی نیز فراهم می‌شود. تشکیل وزارتخانه صنعت، معدن و تجارت امکان فراهم شدن این ظرفیت را قوت بخشیده است. عدم وجود اطلاعات دقیق از میزان قاچاق، عدم وجود اجماع نسبی درباره میزان موثق بودن برآوردهای قاچاق و عدم امکان وجود اطلاعات دقیق درباره تأثیر سیاستگذاری‌های اقتصادی از جمله تغییر در نرخ‌های مالیات، سازوکارهای متفاوت اعمال مالیات (از جمله در مبادی ورود قاچاق یا مبادی عرضه قاچاق سیگار)، تغییر در نرخ‌های تعرفه بر میزان قاچاق، امکان ارائه تحلیل دقیق سیاستگذاری وجود ندارد. با این حال در صورتی که قاچاق

مکشوفه سیگار پروکسی از قاچاق سیگار باشد و سایر شرایط (از جمله ملاحظات ساختاری) ثابت باشد، روند تغییر نرخ حقوق ورودی مشابه روند کشف قاچاق درباره زمان ۱۳۸۲-۱۳۸۸ است. با این حال به دلیل عدم تداوم روندهای مشابه مذکور در سال ۱۳۹۰ و تأثیر ملاحظات ساختاری اقتصاد (از جمله سطح نظارت) نمی‌توان استدلال محکمی از این رابطه ظاهری نیز ارائه کرد.

در مجموع برای کارآمد کردن مدیریت مصرف سیگار و کنترل قاچاق آن لازم است که:

۱. بسته سیاستی کارآمد و سازگار که ملاحظات سلامت و مدیریت شکاف عرضه و تقاضا را در دو سطح کوتاه‌مدت و بلندمدت قرار می‌دهد، تهیه شود.
۲. در بررسی کنترل قاچاق و سیاست‌های مؤثر بر آن، متغیرهای ساختاری اصلی مؤثر بر قاچاق شناسایی و تأثیر مستقل و متقاطع آنها بر قاچاق بررسی شود.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

حدود یک دهه از طرح ویژه مبارزه با محصولات دخانی می‌گذرد در این مدت تلاش‌های فراوانی انجام شده است، اما نتایج حاصل شده رضایت‌بخش نیست. از جمله اینکه مصرف سرانه سیگار تغییر قابل توجهی پیدا نکرده و سهم بالایی از مصرف سیگار از طریق قاچاق تأمین می‌شود. عدم وجود یک بسته سیاستی سازگار که راهبردهای بلندمدت و کوتاه‌مدت و سازوکار تعامل آنها با هم در آن مشخص باشد و همزمان ملاحظات سلامت و بهداشت و ملاحظات رفع عدم تعادل‌های عرضه و تقاضای بازار را دربرگیرد، از دلایل اصلی عدم دستیابی به نتایج رضایت‌بخش است.

تأکید صرف بر عدم تولید و مصرف سیگار بدون ملاحظه سازوکارهای بازار در کوتاه‌مدت و بلندمدت منجر به عدم تحقق درآمدهای مالیاتی پیش‌بینی شده و بالطبع موجب عدم امکان ظرفیت‌سازی‌های جدید در تأمین هزینه‌های سلامت (پیشگیری و درمان) می‌شود. در مقابل مدیریت مصرف سیگار به‌عنوان راهبرد سیاستگذاری (و پیگیری آن از طریق یک بسته سیاستی سازگار) است که می‌تواند ضمن رفع عدم تعادل‌های بازار، ملاحظات کنترل مصرف، کنترل قاچاق، ساماندهی تولید و پیگیری اهداف سلامت را در پی داشته باشد.

با ملاحظه موارد فوق، پیشنهاد می‌شود در پیگیری مبارزه با قاچاق کالا و ارز تدوین بسته سیاستی سازگار در دستور کار قرار گیرد که محورهای پیشنهادی در این بسته سیاستی عبارتند از:

- طراحی سازوکار، پیگیری همزمان کنترل مصرف دخانیات و رفع عدم تعادل‌های عرضه و تقاضای بازار در دو سطح کوتاه‌مدت و بلندمدت، تقویت تعهد و همکاری نهادهای متولی، مشخص



نمودن نهاد متولی، تهیه آمارهای الگوی مصرف و تغییرات آن در طی زمان، تولید داخلی و واردات (قانونی و قاچاق) و متغیرهای ساختاری مرتبط،

- تعیین سازوکارهای افزایش ظرفیت‌های نهادی (در اجرا و تنظیم‌گری)،

- شناسایی و سنجش متغیرهای سیاستگذاری اقتصادی (از طریق مالیات، تعرفه)، اهداف

سیاستگذاری، سازوکارهای بهینه اعمال آنها و الزامات لازم برای تحقق آن.

همچنین از منظر تأمین درآمدهای لازم برای ظرفیت‌سازی کنترل مصرف سیگار، لازم است که

سیاست اعمال شده در بودجه سال ۱۳۹۰ (کاهش مالیات تولید داخل و واردات) و اصلاح آن در

دستور کار مجلس قرار داده شود. اخذ مالیات از مصرف‌کننده (از طریق مالیات بر ارزش‌افزوده) و

بنگاه‌های نهایی فروش سیگار (مالیات بر فروش) یک راهکار پیشنهادی است که در آن سیگارهای

وارداتی (قاچاق یا قانونی) را در شرایط برابر قرار می‌دهد.

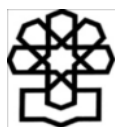
منابع و مأخذ

1. Barber S, Adioetomo SM, Ahsan A, Setyonaluri D. Tobacco economics in Indonesia. Paris: International Union against Tuberculosis and Lung Disease; 2008. Available from: http://www.worldlungfoundation.org/downloads/Tobacco_Barber.pdf.
2. Blecher EH, Van Walbeek C. Cigarette affordability trends: An update and some methodological comments. *Tobacco Control*. 2009.
3. Chaloupka F, Hu T, Warner KE, Jacobs R, Yurekli A. The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka F, editors. *Tobacco control in developing countries*. New York: Oxford University Press, Inc.; 2000.
4. Chaloupka F, Hu T, Warner KE, Jacobs R, Yurekli A. The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka F, editors. *Tobacco control in developing countries*. New York: Oxford University Press, Inc.; 2000.
5. Chaloupka F, Pacula R. An examination of gender and race differences in youth smoking responsiveness to price and tobacco control policies. *National Bureau of Economic Research*; 1998. Available from: <http://www.nber.org/papers/w6541.pdf>.
6. Chaloupka FJ et al. The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000.
7. Chaloupka FJ. Macro-social influences: the effects of prices and tobacco-control policies on the demand for tobacco products. *Nicotine Tobacco Research*. 1999; 1 Suppl 1. December 2007).
9. Department of Health. NHS Stop Smoking Services and Nicotine Replacement Therapy. UK Department of Health, 2007 (http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Tobacco/Tobaccogeneralinformation/DH_4002192, accessed 6 December 2007).
10. Farelly M. State cigarette excise taxes: Implications for revenue and tax evasion. North Carolina: RTI International; 2003. Available from: http://www.rti.org/pubs/8742_Excise_Taxes_FR_5-03.pdf.
11. Giest H, Changb K, Adballah J. Tobacco growers at the crossroads: Towards a comparison of diversification and ecosystem impants. *Land Use Policy*. 2009.
12. Guindon GE, AM P, Boisclar D. Higher tobacco prices and taxes in South-East Asia: An effective tool to reduce tobacco use, save lives and generate revenue. Washington D.C.: World Bank; 2003. Available from: <http://repositories.cdlib.org/context/tc/article/1123/type/pdf/viewcontent/>
13. Hodgson TA. Cigarette smoking and lifetime medical expenditures. *Milbank Quarterly*. 1992.
14. Jha P et al. Tobacco Addiction. In: Jamison DT et al. Eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. New York, Oxford University Press and Washington, DC,
15. Jha P, Chaloupka F. *Tobacco control in developing countries*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
16. Joossens L. Report on smuggling control in Spain. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_spain_smuggling_control.pdf, accessed 6 December 2007).
17. Lightwood JM, Glantz SA. Short-term economic and health benefits of smoking cessation: Myocardial infarction and stroke. *Circulation*. August 19, 1997.
18. Miller DP, Villa KF, Hogue SL, Sivapathasundaram D. Birth and first-year costs for mothers and infants attributable to maternal smoking. *Nicotine and Tobacco Research*. 2001 February.
19. [success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf](http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf), accessed 6 December 2007).



20. Orzechowski, Walker ZA. Tax burden on tobacco 2006. USDA Economic Research Service: 2006. Available from: [www.ers.usda.gov/ Briefing/tobacco](http://www.ers.usda.gov/Briefing/tobacco) <[http://www.ers.usda.gov/ Briefing/tobacco](http://www.ers.usda.gov/Briefing/tobacco)>.
21. Pan American Health Organization (PAHO). Nicotine addiction and smoking cessation. Policy Brief. PAHO; 1999.
22. [publications/general/HANDBOOK%20Lowres%20with%20 cover.pdf](#), accessed 5 December 2007).
23. Ringel JS, Evans WN. Cigarette taxes and smoking during pregnancy. *American Journal of Public Health*. 2001 November;91.
24. Ross H, Chaloupka FJ. Economic policies for tobacco control in developing countries. *Salud Publica Mex*. 2006;48 Suppl 1.
25. Sunley et al. The design, administration, and potential revenue of tobacco excises. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000.
26. Townsend JL. The role of taxation in tobacco control (In Abedian I). Cape Town: Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town; 1998.
27. U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Country tax offices:Data highlights 2006 and underlying CDC data/estimates. Atlanta: 2006. Available from: [http://www.cdc.gov/ tobacco/data_statistics/ fact_sheets/ health_effects/ effects_cig_smoking/](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/).
28. U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). US Census. Atlanta: National Center for Health Statistics. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/Default.htm>.
29. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Responses to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups—United States 1976-1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. July 31, 1998.
30. U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General. Washington, D.C.: Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1994. Available from: [http://www.cdc.gov/ tobacco/data_statistics/sgr/sgr_1994/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_1994/index.htm).
31. U.S. Federal Trade Commission (FTC). Cigarette Report for 2003. Washington DC: FTC; 2005. Available from: [http:// www.ftc.gov/ reports/cigarette05/050809cigrpt.pdf](http://www.ftc.gov/reports/cigarette05/050809cigrpt.pdf).
32. van Walbeek C. The economics of tobacco control in South Africa[PHD thesis]: University of Cape Town; 2005.
33. van Walbeek C. Tobacco excise taxation in South Africa. South Africa: World Health Organization; 2003. Available from www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf.
34. van Walbeek C. Tobacco excise taxation in South Africa: tools for advancing tobacco control in the XXIst century: success stories and lessons learned. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/entity/tobacco/resources/>
35. Vathesatogkit P. Benefits that Thailand tobacco control law and program bring to the country. *Tobacco and Health*, WHO: 1996-2002, 2008.
36. WHO Tobacco Free Initiative. Building blocks for tobacco control: a handbook. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/entity/tobacco/resources/>
37. World Bank, 2006: 869–885 (<http://files.dcp2.org/pdf/DCP/ DCP46.pdf>, accessed 16 December 2007).
38. World Health Organization (WHO). Building blocks for tobacco control: A handbook. Geneva: Tobacco Free Initiative; 2004. Available from: [http://www.who.int/tobacco/resources/ publications/ general/ HANDBOOK%20Lowres%20with%20cover.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/HANDBOOK%20Lowres%20with%20cover.pdf).
39. [general/HANDBOOK%20Lowres%20with%20cover.pdf](#).
40. World Health Organization(WHO). WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008:

- The MPOWER package. Geneva: 2008. Available from www.who.int/entity/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf.
41. World Health Organization. STEPwise approach to surveillance (STEPS). Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/chp/steps/en/>, accessed 6
۴۲. عبداللهی‌نیا، علی. مالیات در کنترل دخانیات، جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات، ۱۳۸۹.
۴۳. بانک جهانی، مهار اپیدمی، ترجمه علی‌اصغر فرشاد، امیر نقیب و بهزاد وطی‌زاده، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، ۱۳۸۳.
۴۴. سازمان بهداشت جهانی، راه طلایی، ترجمه هومن شریفی، مرکز آموزشی پژوهشی درمانی سل و بیماری‌های ریوی، ۱۳۸۶.
۴۵. سازمان بهداشت جهانی، راهبردهای کنترل و کاهش مصرف دخانیات، ترجمه مصطفی غفاری و همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت.
۴۶. مجدی، محمدرضا و احسان، رفیعی‌منش. دخانیات و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی خراسان رضوی، ۱۳۸۸.
۴۷. نفوذ کمپانی‌های جهانی دخانیات در قاچاق سیگار به ایران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بی‌تا.
۴۸. دبیرخانه ستاد کشوری کنترل دخانیات، مرکز سلامت محیط و کار، مجموعه ملاقات.



مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۲۱۳۷

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: نگاهی به تولید، مصرف، و قاچاق دخانیات در کشور

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت، درمان)

تهیه و تدوین‌کنندگان: مریم رهبری، رضا زمانی

سایر همکاران: سمیه صدیقی، سیداحسان خاندوزی، سعید غلامی، سعید توتونچی (دفتر

مطالعات اقتصادی)، سیدعلی اکبر حسین‌زاده (دفتر مطالعات انرژی، صنعت و معدن)،

یوسف ترابی (دفتر مطالعات سیاسی)، سیدعلی کشفی (دفتر مطالعات فرهنگی)

اظهار نظرکنندگان خارج از مرکز: غلامرضا حیدری (رئیس مرکز تحقیقات کنترل دخانیات

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، علی عبداللہی‌نیا (مدیر پژوهش جمعیت مبارزه با دخانیات)

ناظر علمی: علی اخوان بهبهانی

متقاضی: احمد توکلی (رئیس مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی)

ویراستار: حسین صدری‌نیا

واژه‌های کلیدی: ———

تاریخ انتشار: ۱۳۹۰/۱۰/۷