

ارزیابی کارشناسی ماده (۸۸) لایحه برنامه ششم
توسعه، مصوب صحن مجلس شورای اسلامی با
رویکرد سلامت و آسیب‌های اجتماعی

معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی
دفتر: مطالعات اجتماعی

کد موضوعی: ۲۱۰
شماره مسلسل: ۱۵۲۷۶
دی‌ماه ۱۳۹۵

به نام خدا

فهرست مطالب

۱.....	چکیده
۲.....	مقدمه
۲.....	۱. تغییرات مهم ماده (۸۸) لایحه برنامه ششم توسعه در خصوص مالیات دخانیات
۴.....	۲. تأثیر مالیات بر میزان مصرف دخانیات
۶.....	۳. وضعیت مالیات بر دخانیات در ایران
۱۰.....	۴. میزان و الگوی مصرف دخانیات در ایران
۱۱.....	۵. آثار سلامتی و هزینه‌ای مصرف دخانیات
۱۲.....	جمع‌بندی
۱۴.....	پیشنهاد
۱۵.....	پیوست ۱
۱۶.....	پیوست ۲
۱۹.....	منابع و مأخذ



ارزیابی کارشناسی ماده (۸۸) لایحه برنامه ششم توسعه، مصوب صحن مجلس شورای اسلامی با رویکرد سلامت و آسیب‌های اجتماعی

چکیده

بحث أخذ مالیات بر دخانیات به‌عنوان راهکاری در جهت کاهش مصرف بالغ بر دو دهه است که در دنیا مورد استفاده قرار گرفته است. در ایران نیز با تصویب قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات مصوب سال ۱۳۸۵، این موضوع به‌عنوان تکلیف قانونی تعیین شد. ازسوی دیگر در بند «۱۰» سیاست‌های کلی سلامت، سیاست أخذ مالیات از کالاهای آسیب‌رسان به سلامت به‌عنوان یکی از راهکارهای تأمین مالی بخش سلامت مطرح شد و متعاقباً در بند «ب» ماده (۶۹) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، مصوب اسفند ۱۳۹۳ به دولت اجازه داده شد به منظور ارتقای سلامت جامعه و کاهش مصرف دخانیات نسبت به أخذ عوارض از خرده‌فروشی سیگار اقدام کند. بررسی‌ها نشان می‌دهد در طی یک دهه گذشته میزان این مالیات متناسب با میزان پیش‌بینی شده در قانون افزایش نداشته است و در مواردی نیز کاهش پیدا کرده است. به‌طوری‌که در حال حاضر، میزان کاهش نرخ مالیات دخانیات نسبت به قیمت خرده‌فروشی، جایگاه ایران را در بین کشورهای عضو منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت به آخرین جایگاه قبل از افغانستان تنزل داده است. ازسوی دیگر فاصله بین اعتبارات مصوب و عملکرد از محل مالیات تعیین شده برای حوزه سلامت، متغیر بوده و تقریباً بجز سال ۱۳۹۲ در هیچ سالی به‌طور کامل و در زمان مناسب محقق نشده است.

با توجه به رشد میزان مصرف محصولات دخانی در بین جمعیت ۱۳-۶۴ سال و تأثیرات تأیید شده آن بر سلامت افراد و افزایش هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم دولت به‌ویژه در بخش درمان، می‌توان ادعا کرد زیان‌های ناشی از مصرف دخانیات برای نظام سلامت، غیرقابل انکار و در حال گسترش است. ازسوی دیگر تجربه کشورهای مورد بررسی در دنیا و توصیه سازمان بهداشت جهانی، رابطه مستقیم تأثیر افزایش مالیات بر خرده‌فروشی سیگار را در کاهش میزان مصرف تأیید و توصیه می‌کنند. لذا با توجه به اینکه تغییرات به‌وجود آمده در متن ماده (۸۸) برنامه ششم توسعه، مصوب مجلس شورای اسلامی تأثیرات مثبت پیش‌بینی شده در آن را در حوزه سلامت و همچنین صرفه‌جویی منابع، کاهش می‌دهد پیشنهاد می‌شود، ماده (۸۸) مصوب کمیسیون تلفیق جایگزین نسخه مصوب صحن علنی گردد. همچنین به‌دلیل اینکه حدود ۷۰ درصد تنباکوی معسل (تنباکوی میوه‌ای) [کپک‌زده فرآوری شده با مواد آروماتیک و معطر] عوامل بسیار خطرناک برای سلامتی ازجمله بروز سرطان ریه، مثانه و دستگاه گوارش است، پیشنهاد می‌شود عبارت «انواع تنباکو» جایگزین عبارت «تنباکوی معسل» گردد.

مقدمه

قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات مصوب سال ۱۳۸۵ اولین قانون جامع بعد از پیروزی انقلاب اسلامی در خصوص دخانیات و صنعت آن به‌شمار می‌رود که به بخش‌های مختلف صنعت دخانیات از جمله تولیدات، واردات، تبلیغات، عرضه، مصرف، مالیات، نظارت و کنترل قاچاق پرداخته است. متأسفانه با گذشت یک دهه از تصویب این قانون، به‌دلایلی از قبیل عدم اراده برای اجرا در دولت اعم از صنعت و وزارت بهداشت، عدم کفایت زیرساخت‌های موجود، فشار ناشی از صنعت و... بخش‌های عمده‌ای از مواد این قانون به‌درستی و به‌طور کامل اجرا نشده است، از جمله ماده (۸) آن که به افزایش سالیانه قیمت فرآورده‌های دخانی به میزان ۱۰ درصد از طریق افزایش مالیات اشاره می‌کند. این امر سبب شده است تا ایران به بهشت مصرف‌کنندگان محصولات دخانی از جمله سیگار تبدیل شود. به‌طوری که قیمت سیگارهای وارداتی در کشور مبدأ ۳ تا ۴ دلار و همان برند در ایران حدود ۱ دلار عرضه می‌شود. متعاقباً در بند «ب» ماده (۶۹) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) مصوب اسفندماه ۱۳۹۳ به دولت اجازه داده شد به‌منظور ارتقای سلامت جامعه و کاهش مصرف دخانیات نسبت به وضع و اخذ عوارض از خرده‌فروشی سیگار اقدام کند و در ماده (۸۸) لایحه برنامه ششم توسعه، دولت تصمیم گرفت تا قوانین مرتبط به نحوه اخذ مالیات از دخانیات و هزینه‌کرد منابع حاصل از آن را ساماندهی کند. اما در مصوبه کمیسیون تلفیق و صحن مجلس تغییراتی به‌وجود آمد که ضمن مغایرت با قوانین موجود، اثربخشی این حکم از قانون برنامه را کاهش داده و وزارت بهداشت را در مسیر کاهش بیماری‌های غیرواگیر دچار چالش خواهد کرد. در این خلاصه سیاستی ضمن ارزیابی کارشناسی این ماده و نتایج تغییرات ایجاد شده در مصوبه صحن مجلس، به موضوع رابطه افزایش قیمت سیگار از طریق اخذ مالیات و کاهش میزان مصرف و پیامدهای احتمالی آن پرداخته خواهد شد.

۱. تغییرات مهم ماده (۸۸) لایحه برنامه ششم توسعه در خصوص مالیات دخانیات

- ۱-۱. مبنا قرار دادن قیمت درب کارخانه برای محاسبه مالیات تولید داخل و سیف برای مواد دخانی وارداتی به‌جای قیمت خرده‌فروشی
- ۱-۲. عدم در نظر گرفتن روند افزایشی نرخ مالیات طی سال‌های اجرای برنامه که این تغییرات در مجموع منجر به کاهش درآمد دولت از محل مالیات بر دخانیات و همچنین کاهش سهم سازمان‌ها مندرج در بند «ب» ماده (۶۹) قانون الحاق (۲) به‌منظور انجام اقدامات پیشگیرانه خواهد شد.
- به‌طوری که در حال حاضر قیمت تمام شده تولید سیگار (درب کارخانه) به مراتب کمتر از قیمت



مصرف کننده می باشد. به عنوان مثال؛ سیگاری که به قیمت ۲۰۰۰ تومان در بازار به دست مصرف کننده می رسد، قیمت کارخانه همان سیگار حدود ۴۰۰ تا ۵۰۰ تومان می باشد و مالیات دریافت شده براساس این قیمت اخذ می شود.

اولین سؤالی که با مشاهده این تفاوت به ذهن می رسد این است که این تفاوت حدود ۵ برابری به چه دلیل ایجاد می شود و برای چه منظورهایی هزینه می شود و یا اینکه افراد یا گروه های منتفع از هزینه سلامت افراد ۱۳-۶۴ سال جامعه که افراد در پنجره جمعیتی کشور هستند چه کسانی هستند؟ در جدول ۱ تغییرات مهم صورت گرفته در پیش نویس لایحه و مصوب نهایی قابل مشاهده است.

جدول ۱. مقایسه ماده (۸۸) لایحه برنامه ششم توسعه - مصوب کمیسیون تلفیق و صحن مجلس

مصوب کمیسیون تلفیق	مصوب صحن
<p>بند «الف»- از ابتدای برنامه تولید و واردات انواع سیگار و محصولات دخانی علاوه بر مالیات و عوارض موضوع قانون مالیات بر ارزش افزوده، مشمول مالیات به شرح زیر است:</p> <p>۱. مالیات هر پاکت انواع سیگار تولید داخلی به میزان ۲۰ درصد و وارداتی و تولید مشترک به میزان ۳۰ درصد قیمت خرده فروشی تعیین می گردد.</p> <p>۲. مالیات انواع توتون، پیپ و تنباکوی معسل یا سنتی آماده مصرف تولید داخلی به میزان ۲۰ درصد و وارداتی به میزان ۳۰ درصد قیمت خرده فروشی تعیین می گردد.</p> <p>بند «ب»- وزارت صنعت، معدن و تجارت از ابتدای سال ۱۳۹۶ موظف است:</p> <p>۱. قیمت خرده فروشی انواع سیگار و محصولات دخانی مأخذ محاسبه مالیات موضوع این بند را به مراجع ذیربط و برای درج بر روی پاکت محصول اعلام نمایند.</p> <p>۲. امکان دسترسی برخط سازمان امور مالیاتی کشور به سیستم اطلاعاتی واردات، تولید و توزیع سیگار و انواع محصولات دخانی را فراهم نماید.</p> <p>بند «ج»- مالیات موضوع این ماده تابع کلیه احکام مقرر در قانون مالیات بر ارزش افزوده خواهد بود. سازمان امور مالیاتی کشور مکلف است مالیات موضوع این ماده را وصول و آن را به ردیف درآمدی نزد خزانه داری کل کشور واریز نماید.</p> <p>بند «د»- با لازم الاجرا شدن این قانون، کلیه مالیات و عوارض بر تولید و واردات انواع سیگار و محصولات دخانی به استثنای مالیات بر ارزش افزوده، حقوق ورودی، حق انحصار و بند «ب» ماده (۶۹) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) لغو می گردد.</p> <p>تبصره «۱»- منابع مذکور مشمول افزایش سالانه براساس بودجه سنواتی می باشد.</p> <p>تبصره «۲»- ۱۰۰ درصد درآمدهای حاصل از اجرای این بند</p>	<p>بند «الف»- انواع سیگار و محصولات دخانی از ابتدای برنامه تولید و واردات علاوه بر مالیات و عوارض موضوع قانون مالیات های مستقیم و مالیات بر ارزش افزوده، مشمول مالیات به شرح زیر است:</p> <p>۱. مالیات هر پاکت انواع سیگار تولید داخلی به میزان ۱۰ درصد قیمت درب کارخانه و تولید مشترک ۲۰ درصد و تولید داخل با نشان بین المللی (برند) ۲۵ درصد و وارداتی به میزان ۴۰ درصد قیمت کالا، بیمه و کرایه تا بندر مقطع (CIF) تعیین می گردد.</p> <p>۲. مالیات انواع توتون پیپ و تنباکوی معسل یا سنتی آماده مصرف تولید داخلی به میزان ۱۰ درصد قیمت درب کارخانه و وارداتی به میزان ۴۰ درصد قیمت کالا، بیمه و کرایه تا بندر مقطع (CIF) تعیین می گردد.</p> <p>بند «ب»- وزارت صنعت، معدن و تجارت از ابتدای سال ۱۳۹۶ موظف است:</p> <p>۱. قیمت خرده فروشی انواع سیگار و محصولات دخانی مأخذ محاسبه مالیات موضوع این بند را به مراجع ذیربط و برای درج بر روی پاکت محصول اعلام نمایند.</p> <p>۲. امکان دسترسی برخط سازمان امور مالیاتی کشور به سیستم اطلاعاتی واردات، تولید و توزیع سیگار و انواع محصولات دخانی را فراهم نماید.</p> <p>بند «ج»- مالیات موضوع این ماده تابع کلیه احکام مقرر در قانون مالیات بر ارزش افزوده به استثنای نرخ مضاعف مالیات این ماده خواهد بود. سازمان امور مالیاتی کشور مکلف است مالیات موضوع این ماده را وصول و آن را به ردیف درآمدی نزد خزانه داری کل کشور واریز نماید.</p> <p>بند «د»- با لازم الاجرا شدن این قانون، کلیه مالیات و عوارض بر تولید و واردات انواع سیگار و محصولات دخانی به استثنای مالیات بر ارزش افزوده، حقوق ورودی، حق انحصار و بند «ب» ماده (۶۹) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) در</p>

مصوب کمیسیون تلفیق	مصوب صحن
<p>طی ردیف‌هایی که در بودجه‌های سنواتی مشخص می‌شود در جهت کاهش مصرف دخانیات پیشگیری و درمان بیماری‌های ناشی از آن، بازتوانی و درمان عوارض حاصله از مصرف آن و توسعه ورزش در اختیار دستگاه‌های ذیربط قرار می‌گیرد.</p>	<p>مدت اجرای این قانون موقوف‌الاجرا می‌گردد. تبصره - ۱۰۰ درصد درآمدهای حاصل از اجرای بند «الف» طی ردیف‌هایی که در بودجه‌های سنواتی مشخص می‌شود در جهت کاهش مصرف دخانیات، پیشگیری و درمان بیماری‌های ناشی از آن، بازتوانی و درمان عوارض حاصله از مصرف آن و توسعه ورزش موضوع بند «ب» ماده (۶۹) قانون الحاق برخی از مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت ۲ مصوب ۱۳۹۳/۱۲/۴ در اختیار وزارتخانه‌های ورزش، جوانان، آموزش و پرورش و بهداشت و درمان و آموزش پزشکی قرار می‌گیرد.</p>

۳-۱. تطبیق مصوبه صحن با اسناد بالادستی و سایر قوانین و اسناد

۱. اصلاح ماده (۸) قانون جامع کنترل و مبارزه با دخانیات به دلیل حذف افزایش سالیانه نرخ مالیات.
 ۲. هم‌راستا با بند ماده (۱۰) سیاست‌های کلی سلامت که بر وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت تأکید دارد.
 ۳. هم‌راستا با بند «ب» ماده (۶۹) قانون الحاق ۲ که به دولت اجازه داده می‌شود به منظور ارتقای سلامت جامعه و کاهش مصرف دخانیات نسبت به وضع و أخذ عوارض از خرده‌فروشی سیگار اقدام کند.
 ۴. مغایرت با سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴ مصوب تیرماه ۱۳۹۴:
- در این سند تعهد شده است تا اهداف زیر محقق گردد:

- کاهش ۲۵ درصد مرگ‌ومیر زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵،
- کاهش ۳۰ درصد مصرف دخانیات به‌عنوان یکی از عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵،
- افزایش نرخ مالیات دخانیات به میزان ۶۰ درصد قیمت خرده‌فروشی در سال ۲۰۱۶ (۱۳۹۶-۱۳۹۵)،
- کاهش نرخ قاچاق محصولات دخانی به میزان ۱۰ درصد در سال ۱۳۹۵،

۲. تأثیر مالیات بر میزان مصرف دخانیات

مطالعات بسیاری در رابطه با تأثیر میزان مالیات بر میزان مصرف دخانیات در کشورهای مختلف دنیا انجام شده است و نتایج حاصله مؤید آن است که افزایش میزان مالیات نقش بسزایی در مدیریت و کنترل مصرف دخانیات دارد. در ادامه به برخی از این مطالعات اشاره می‌شود:

مطالعه مدلسازی تأثیر افزایش مالیات دخانیات بر پیامدهایی همچون مصرف دخانیات، حفظ زندگی و ایجاد درآمدهای مالیاتی که در بولتن سازمان جهانی بهداشت منتشر گردید، اثر بالقوه مالیات بر دخانیات را برای کاهش مصرف دخانیات، حفظ زندگی و ایجاد درآمدهای مالیاتی در سراسر دنیا بررسی



کرده است. در پایان این بررسی بیان شده است که افزایش فرضی مالیات غیرمستقیم تا ۱ دلار در هر پاکت سیگار باعث می‌شود تا به طور میانگین مالیات بر هر پاکت سیگار تا ۸۰ درصد و میانگین قیمت خرده‌فروشی سیگار تا ۴۲ درصد در جهان افزایش یابد، متعاقب این افزایش ۱ دلار، مصرف سیگار تا ۱۸ درصد، ۵۳ بیلیون پاکت سیگار در مقایسه با سال ۲۰۱۴ کاهش یافته و مقدار درآمد ایجاد شده حاصل از مالیات بر سیگار در سراسر جهان تا ۱۹۰ بیلیون دلار افزایش یابد. اگر همه درآمدهای اضافی ناشی از افزایش مالیات بر سیگار به بودجه سلامت دولت اختصاص داده شود، هزینه‌های دولتی سلامت تا ۴ درصد در جهان می‌تواند افزایش یابد. در این حالت همه کشورهای با درآمد کم و متوسط می‌توانند هزینه‌های سلامت خود را تا بیش از ۱۰ درصد افزایش دهند.

از لحاظ پیامدهای سلامت نیز، تعداد سیگاری‌ها در میان بزرگسالان تا ۹ درصد در شرایط نسبی کاهش می‌یابد. تعداد مرگ‌های مورد انتظار منتسب به سیگار از میان جمعیت بزرگسال در سال ۲۰۱۴ تا ۱۵ میلیون نفر کاهش می‌یابد. عمده مرگ‌های منتسب به سیگار که از آن جلوگیری می‌شود، مربوط به کشورهای با درآمد پایین و متوسط است. در این مطالعه نشان داده شد که در کشورهای با درآمد بالا کشتش قیمتی مصرف سیگار بین ۰/۲۵- تا ۰/۵- است، در حالی که در کشورهای با درآمد پایین و متوسط کشتش‌پذیری بین ۰/۲- و ۰/۸- را نشان می‌دهند. این نشان‌دهنده آن است که مصرف‌کنندگان سیگار در کشورهای با درآمد پایین و متوسط معمولاً نسبت به قیمت حساس‌تر از کشورهای با درآمد بالا هستند. در این مطالعه، کشتش‌پذیری قیمت در کشورهای با درآمد بالا، متوسط و پایین به ترتیب ۰/۳-، ۰/۴- و ۰/۵- فرض شد.

در جولای سال ۲۰۱۵، مجمع عمومی سازمان ملل متحد دستور کار قانون آدیس آبابا را تصویب کرد. در این دستور کار، که خروجی سومین کنفرانس بین‌المللی تأمین مالی برای توسعه بود، سازمان ملل متحد این موضوع که قیمت و اقدامات مالیاتی بر دخانیات می‌تواند وسیله‌ای مؤثر و مهم برای کاهش مصرف دخانیات و هزینه‌های مراقبت سلامت باشد و باعث جریان درآمدی برای تأمین مالی توسعه بسیاری از کشورها باشد را به رسمیت شناخت. تنظیمات اخیر دستور کار قانون آدیس آبابا و همچنین دستور کار سال ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار، علاقمندی برای مالیات بر دخانیات را افزایش داده است. تجربیات کشورهای موفق نیز در اجرای الزامات و تأیید سیاست فوق‌الذکر مؤید تأثیر افزایش مالیات بر کاهش مصرف است. به‌عنوان مثال ترکیه با افزایش مالیات دخانیات به میزان ۷۰ درصد، کاهش فروش محصولات دخانی از حدود ۱۱۲ میلیارد نخ به حدود ۹۲ میلیارد نخ و افزایش درآمد دولت از حدود ۹ میلیارد لیر به ۱۲ میلیارد لیر را تجربه کرده است.

کاهش قیمت سیگار طی سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۸ در مصر، افزایش شیوع مصرف این محصول را به همراه داشته است. هزینه‌های مستقیم درمان چهار بیماری منتسب به دخانیات که تنها از سه

بیمارستان در کشور مصر جمع‌آوری شده است، حدود ۵۴ میلیون پوند مصری (۷/۶ میلیون دلار) در سال ۲۰۱۱ محاسبه شده است. هزینه‌های غیرمستقیم بیماری در بیمارستان‌های مذکور (به‌استثنای مرگ‌ومیر) نیز ۷۲۸ میلیون پوند (حدود ۱۰۳ میلیون دلار) برآورد شده است. این کشور مالیات دخانیات را به نحو قابل ملاحظه‌ای در سال ۲۰۱۰ افزایش داد. این اقدام موجب کاهش ۱۴ درصدی فروش سیگار فقط طی دو سال از زمان افزایش مالیات شد. افزایش درآمد دولت از ۷ به ۱۷/۶ میلیارد پوند مصری بین سال‌های ۲۰۱۰ و ۲۰۱۲ (به میزان ۱۵۱ درصد) شد.

در برزیل طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۳ مالیات بر سیگار افزایش داده شد. این میزان افزایش قیمت نه تنها مانع افزایش قاچاق بلکه منجر به کاهش مصرف محصولات دخانی شد. افزایش قیمت هر پاکت سیگار از ۳/۱۲ رئال در سال ۲۰۰۰ به میزان ۵/۵ رئال در سال ۲۰۱۳، منجر به کاهش مصرف سیگار تا حدود ۱۰ میلیارد پاکت و افزایش درآمد در این کشور شده است.

دولت آفریقای جنوبی در ۱۹۹۴ اعلام کرد که مالیات بر فرآورده‌های دخانی را تا ۵۰ درصد نرخ خرده‌فروشی افزایش خواهد داد. این کار در دو برابر شدن نرخ فرآورده‌های دخانی در طی دهه گذشته نقش داشته است. افزایش مالیات در کنار سایر مداخلات کنترل دخانیات در کاهشی ۳۳ درصدی در مصرف دخانیات نقش داشته است. علاوه بر آن، درآمدهای ناشی از مالیات دخانیات دولت بیش از دو برابر شد.

در جدول پیوست نیز خلاصه برخی مطالعات در خصوص رابطه تأثیر مالیات بر دخانیات و مصرف آن قابل مشاهده است.

۳. وضعیت مالیات بر دخانیات در ایران

در این بخش تصویری از وضع موجود ایران از جمله قوانین مالیات بر دخانیات، برآورد هزینه‌های مصرف سیگار، اعتبارات حوزه سلامت از محل دخانیات و میزان و الگوی مصرف ارائه می‌شود.

۳-۱. الزامات قانونی در مورد مالیات بر دخانیات

۱. ماده (۶) کنوانسیون کنترل دخانیات مصوب سال ۲۰۰۳ مجمع جهانی بهداشت و مصوب

مجلس شورای اسلامی در تیرماه ۱۳۸۴

- پذیرش اثربخشی سیاست‌های مالیاتی برای کاهش استعمال دخانیات در بخش‌های مختلف جامعه به‌ویژه جوانان،

- ممنوعیت فروش محصولات دخانی بدون مالیات در مناطق آزاد،

- اجرای سیاست‌های مالیاتی و سیاست‌های قیمتگذاری بر فرآورده‌های دخانی به‌منظور کمک به اهداف



بهداشتی که هدف آن کاهش استعمال دخانیات است.

۲. ماده (۸) قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات مصوب سال ۱۳۸۵

- هر ساله از طریق افزایش مالیات، قیمت فرآورده‌های دخانی به میزان ده درصد (۱۰٪) افزایش می‌یابد.

۳. بند «ب» ماده (۶۹) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت

(۲) مصوب اسفند ۱۳۹۳

- به دولت اجازه داده می‌شود به منظور ارتقای سلامت جامعه و کاهش مصرف دخانیات نسبت به وضع و اخذ عوارض از خرده‌فروشی سیگار اقدام کند.

۴. تصویب پروتکل ریشه‌کنی تجارت غیرقانونی محصولات دخانی در سال ۱۳۹۴

- الزام به اخذ مجوز فعالیت (تولید، توزیع، حمل‌ونقل انواع محصولات دخانی و تجهیزات مربوطه و کشت توتون در حد صنعتی)

- بررسی لازم در مورد اطمینان از عدم سابقه کیفری خریداران محموله‌های دخانی و ارتباط نداشتن با عوامل قاچاق

- استقرار نظام کدگذاری (شامل درج اطلاعات تاریخ، محل تولید و مقصد تحویل کالا، تجهیزات دخانیات، انبارهای نگهداری، ردگیری و ردیابی)

- حفظ سوابق و اقدامات پیشگیرانه برای کنترل خرید و فروش از طریق اینترنت و هر فناوری نوظهور دیگر و عرضه دخانیات در مناطق آزاد

- افزایش و رسیدگی به جرائم کیفری، پیگردها و مجازات‌ها، ضبط دارایی و معدوم‌سازی

- به اشتراک‌گذاری اطلاعات و کمک‌های فنی در اجرای پروتکل

۲-۳. اعتبارات حاصل از محل دخانیات برای حوزه سلامت

از سال ۱۳۸۵ تاکنون در قوانین بودجه سالیانه درآمدهایی از محل مالیات بر دخانیات لحاظ شده است که سهم اعتبارات مصوب و عملکرد وزارت بهداشت براساس ماده واحده بودجه‌های سنواتی به شرح جداول ۲ و ۳ است.

جدول ۲. عملکرد اعتبارات بهداشت و درمان از محل مالیات بر دخانیات

(میلیارد ریال)

سال	ردیف	نوع اعتبار	اعتبار مصوب	سهم وزارت بهداشت از مصوب	پرداختی به وزارت
۱۳۸۵	۵۰۳۸۷۴	هزینه‌های	۲۵۰۰	۱۸۷۵	۵۰۶
۱۳۸۶	۵۰۳۸۷۴	هزینه‌های	۷۵۰	۴۵۰	۳۴۸
		تملك دارایی	۷۵۰	۴۵۰	۳۴۸
۱۳۸۷	۵۳۰۰۰۰-۲۱	هزینه‌های	۶۴۰	۳۸۴	۲۷۴
		تملك دارایی	۶۴۰	۳۸۴	۲۷۴
۱۳۸۸	۵۳۰۰۰۰-۲۱	هزینه‌های	۶۵۰	۴۶۱	۱۹۵
		تملك دارایی	۶۵۰	۳۵۱	۱۴۸
۱۳۸۹	۵۳۰۰۰۰-۲۰	هزینه‌های	۳۵۰	۲۶۲	۴۹
		تملك دارایی	۲۸۹	۲۱۶	۴۳
۱۳۹۰	۵۳۰۰۰۰-۱۹	هزینه‌های	۱۷۵	۱۳۱	۰
		تملك دارایی	۱۶۲	۱۲۱	۰
۱۳۹۱	۵۳۰۰۰۰-۱۷	هزینه‌های	۱۵۰	۶۹	۹
		تملك دارایی	۱۸۰	۸۸	۸
۱۳۹۲	۵۳۰۰۰۰-۱۶	هزینه‌های	۱۵۰	۷۵	۷۵
		تملك دارایی	۱۸۰	۹۰	۹۰
۱۳۹۳	۵۳۰۰۰۰-۱۶	هزینه‌های	۵۵۰	۲۷۵	۲۷۵
		تملك دارایی	۵۸۰	۲۹۰	۸۶,۸
۱۳۹۴	۵۳۰۰۰۰-۱۵	هزینه‌های	۴۰۰	۱۸۰	۲۵
		تملك دارایی	۵۰۰	۲۲۵	۴۲,۵
۱۳۹۵	۵۳۰۰۰۰-۱۵	هزینه‌های	۲۱۶	۱۰۸	۳۸ تا آخر دی‌ماه
		تملك دارایی	۲۷۰	۱۳۵	۰

مأخذ: قانون بودجه سنواتی و گزارش دفتر برنامه‌ریزی منابع مالی و بودجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

از سال ۱۳۹۲ علاوه بر اعتباری که بابت پیشگیری از بیماری‌های ریوی و توسعه ورزش همگانی در قوانین بودجه سنواتی (از سال ۱۳۸۵ تاکنون) منظور می‌گردد، اعتبار جدیدی منظور شد که در جدول ۳ خلاصه شده است.



جدول ۳. اعتبارات موضوع افزایش قیمت هر نخ سیگار میلیارد

(میلیارد ریال)

سال	ردیف	عنوان	اعتبار در قانون	سهم وزارت بهداشت	پرداختی به وزارت
۱۳۹۲	۵۳۰۰۰۰-۱۰۴	اعتبارات موضوع افزایش ۲۰ ریال به قیمت هر نخ سیگار (به نسبت ۵۰ درصد سهم وزارت علوم تحقیقات و فناوری، ۵۰ درصد سهم سازمان نوسازی و تجهیز مدارس	۱۲۰۰	۰	
۱۳۹۳	۵۳۰۰۰۰-۱۰۴	اعتبارات موضوع افزایش ۲۰ ریال به قیمت هر نخ سیگار (به نسبت ۳۰ درصد سهم وزارت بهداشت، ۲۰ درصد سهم وزارت علوم، ۲۰ درصد سهم آموزش و پرورش، ۲۰ درصد سهم وزارت ورزش و جوانان و ۱۰ درصد سهم بنیاد شهید و امور ایثارگران	۱۲۰۰	۳۶۰	۳۸
۱۳۹۴	۵۳۰۰۰۰-۹۵	اعتبارات موضوع افزایش ۲۰ ریال به قیمت هر نخ سیگار (به نسبت ۳۰ درصد سهم وزارت بهداشت، ۲۰ درصد سهم وزارت علوم، ۲۰ درصد سهم آموزش و پرورش، ۲۰ درصد سهم وزارت ورزش و جوانان و ۱۰ درصد سهم بنیاد شهید و امور ایثارگران	۱۲۰۰	۳۶۰	۶
۱۳۹۵	۵۳۰۰۰۰-۹۴	اعتبارات موضوع افزایش ۲۰ ریال به قیمت هر نخ سیگار (به نسبت ۳۰ درصد سهم وزارت بهداشت، ۲۰ درصد سهم وزارت علوم، ۲۰ درصد سهم آموزش و پرورش، ۲۰ درصد سهم وزارت ورزش و جوانان و ۱۰ درصد سهم بنیاد شهید و امور ایثارگران	۲۴۳	۷۲/۹	

مأخذ: همان.

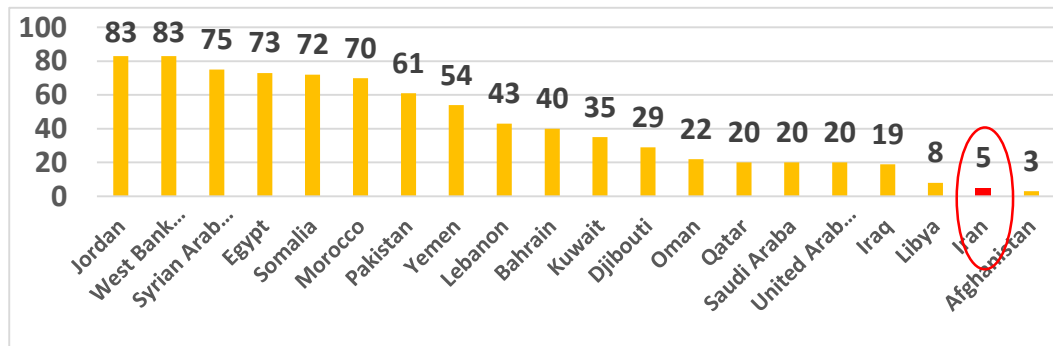
مشاهده می‌شود فاصله بین اعتبارات مصوب و عملکرد در طی دهه گذشته متغیر بوده و تقریباً بجز سال ۱۳۹۵ در هیچ سالی به‌طور کامل محقق نشده است. شواهد حاکی از آن است که به‌دلیل عدم پرداخت بهنگام این اعتبارات و همچنین عدم نشاندار بودن آنها برای اهداف تعیین شده در قوانین مرتبط، موجب می‌شود تا بودجه دستگاه‌ها و ادارات ذیربط در آخرین ماه‌های سال در اختیار آنها قرار بگیرد و به‌دلیل اتمام سال مالی و نبود محدودیت یا ممنوعیت در محل هزینه‌کرد و عدم وجود نظارت مکفی، بیش از ۹۰ درصد منابع حاصله صرف هزینه‌های جاری و حقوق و مزایا می‌شود.

۳-۳. بررسی نرخ مالیات بر دخانیات در کشور

طبق گزارشات سازمان جهانی بهداشت در دوره ۲۰۱۳ و ۲۰۱۵ علی‌رغم وضع لایه‌های متعدد در نظام مالیاتی دخانیات کشور، مجموع مالیات وضع شده بر مبنای قیمت خرده‌فروشی این محصولات از ۱۷ درصد در سال ۲۰۱۳ به ۵ درصد در سال ۲۰۱۵ تنزل یافته است. این در حالی است که براساس

محاسبات قوانین موجود، انتظار می‌رود این عدد، حدود ۲۶ درصد باشد.^۱ میزان کاهش نرخ مالیات دخانیات نسبت به قیمت خرده‌فروشی، جایگاه ایران را در بین کشورهای عضو منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت به آخرین جایگاه قبل از افغانستان تنزل داده است.

نمودار ۱. وضعیت مالیات کشورهای منطقه مدیترانه سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۵



مأخذ: گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵.

۴. میزان و الگوی مصرف دخانیات در ایران

نتایج حاصل از بررسی نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران که در سال ۱۳۸۶ در جمعیت ۱۵-۶۴ سال انجام شد نشان داد که فراوانی مصرف سیگار در کشور ۱۲/۲۷ درصد (۲۳/۲ درصد در مردان و ۱/۰۸ درصد در زنان) است که ۸۵/۴۴ درصد این افراد (۱۱/۳۹ درصد کل جمعیت) روزانه سیگار مصرف می‌کنند. میانگین تعداد نخ سیگار مصرفی در روز در مردان ۱۲/۳ و در زنان ۱۱ بوده و میانگین سن شروع مصرف سیگار در مردان ۱۹/۵ و در زنان ۲۰/۹ است.

براساس مطالعه بررسی شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت در ایران که توسط مؤسسه ملی تحقیقات سلامت انجام شده است، ۴/۹ دختران ۱۵-۲۴ سال و حدود ۱۴ درصد پسران در همین گروه سنی قلیان می‌کشند و میزان مصرف سیگار در آنها به ترتیب حدود ۰/۴ درصد و ۶ درصد است. الگوی رفتاری دختران در خصوص مصرف قلیان در سنین جوانی و بزرگسالی نیز حفظ می‌شود و در مورد سیگار به تریج رشد کرده در سن ۴۵-۵۴ سالگی به حدود ۱/۵ درصد می‌رسد.

الگوی رفتاری در پسران کاهش مصرف قلیان و رشد مصرف سیگار را نشان می‌دهد.

۱. در پیوست شماره ۲ جدول محاسبه آمده است.



جدول ۴. استعمال دخانیات و سیگار کشیدن قبل از ۱۵ سالگی در زنان ۱۵-۵۴ سال،

مطالعه IrMIDHS -1394

شرح	درصد زنانی که در حال حاضر سیگار می کشند	درصد زنانی که در حال حاضر قلیان می کشند	درصد زنانی که در حال حاضر پیپ یا سیگار برگ می کشند
کل کشور	۰/۸۹	۴/۶۴	۰/۰۵
شهری	۱/۱۰	۴/۸۸	۰/۰۵
روستایی	۰/۲۹	۳/۹۵	۰/۰۴
گروه سنی ۱۵-۲۴ سال	۰/۳۷	۴/۱۹	۰/۰۵
گروه سنی ۲۵-۳۴ سال	۰/۷۴	۴/۹۳	۰/۰۸
گروه سنی ۳۵-۴۴ سال	۰/۹۸	۴/۵۲	۰/۰۴
گروه سنی ۴۵-۵۴ سال	۱/۵۶	۴/۸۶	۰/۰۲

جدول ۵. استعمال دخانیات و سیگار کشیدن قبل از ۱۵ سالگی در مردان ۱۵-۵۴ سال،

مطالعه IrMIDHS -1394

شرح	درصد مردانی که در حال حاضر سیگار برگ می کشند	درصد مردانی که در حال حاضر پیپ یا سیگار برگ می کشند	درصد مردانی که در حال حاضر قلیان می کشند	درصد مردانی که از فراورده های غیردخانی توتون و تنباکو استفاده کرده اند
کل کشور	۲۰/۵۹	۱۱/۷۶	۰/۶۵	۱/۴۲
شهری	۲۰/۷۲	۱۲/۴۶	۰/۷۵	۱/۰۶
روستایی	۲۰/۲۳	۹/۷۶	۰/۳۵	۲/۴۷
گروه سنی ۱۵-۲۴ سال	۵/۹۱	۱۳/۹۸	۰/۳۲	۰/۹۰
گروه سنی ۲۵-۳۴ سال	۱۹/۳۱	۱۶/۰۶	۰/۸۵	۱/۴۵
گروه سنی ۳۵-۴۴ سال	۲۹/۳۳	۸/۹۲	۰/۷۵	۲/۱۷
گروه سنی ۴۵-۵۴ سال	۳۰/۶۹	۶/۲۹	۰/۶۵	۱/۱۷

۵. آثار سلامتی و هزینه های مصرف دخانیات

یافته های مطالعات، تأییدکننده این موضوع است که امروزه بیماری های غیرواگیر مزمن بخش مهمی از بار بیماری ها را به جوامع تحمیل می کند. براساس مطالعه بار بیماری ها در ایران، ۶۲ درصد مرگومیر

ناشی از چهار عامل دیابت، سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی عروقی و بیماری‌های تنفسی مزمن بوده است. اگرچه عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در مقایسه با عوامل خطر بیماری‌های واگیر پیچیده‌تر هستند، اما این عوامل عمدتاً شناخته شده و تا حد زیادی قابل تعدیل و کنترل هستند. یکی از چهار عامل مشترک در کنترل بیماری‌های غیرواگیر، کاهش مصرف دخانیات است. روزانه بیش از یک میلیارد نفر معتاد به نیکوتین، محصولات دخانی مصرف می‌کنند و در حدود ۱,۵۰۰ نفر بر اثر بیماری‌های مربوط به مصرف دخانیات، جان خود را از دست می‌دهند. مصرف دخانیات، علت نیمی از نابرابری‌های سلامتی و مرگ‌ومیر جنس مذکر است. هرچند مصرف دخانیات در بسیاری از کشورهای با درآمد بالا، حداقل در مردان کاهش یافته، اما هم‌اکنون مصرف آن در کشورهای با درآمد پایین یا متوسط، در بین بیش از ۲۵ درصد از جوانان، به سرعت در حال افزایش است، در صورتی که اقدام مؤثری برای کنترل مصرف دخانیات صورت نگیرد، میزان مرگ‌ومیر سالیانه ناشی از آن تا سال ۲۰۳۰ به حدود ۸ میلیون نفر خواهد رسید. یعنی چیزی حدود ۱۰ درصد کل مرگ‌ومیرها را به خود اختصاص خواهد داد.

براساس برآورد سازمان بهداشت جهانی با همکاری سازمان امور مالیاتی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کمرگ که براساس داده‌های سال ۱۳۹۳ استفاده شده است، برآورد مصرف سالیانه در ایران ۵۰ تا ۵۵ میلیارد نخ بوده که هزینه‌ای معادل ۱۰۰۰۰ میلیارد تومان (1% GDP) صرف مصرف دخانیات می‌شود. این میزان مصرف سالیانه موجب تحمیل ۲۰ تا ۳۰ هزار میلیارد تومان به بخش سلامت کشور برای تأمین هزینه‌های بهداشتی درمانی مربوطه و بیش از ۵۰ تا ۵۵ هزار مورد مرگ، عمدتاً در سنین بهره‌وری، می‌گردد.

جمع بندی

ما با سه واقعیت علمی در مورد دخانیات روبرو هستیم. اول اینکه سیگار و قلیان ارتباط مستقیمی با بیماری‌های تنفسی مزمن و بیشتر سرطان‌ها به‌ویژه ریه، مثانه و دستگاه گوارش دارد. نکته مهم دیگر اینکه ارتباط بین افزایش میزان مالیات بر خرده‌فروشی سیگار بر میزان مصرف در کشورهای مورد مطالعه یک رابطه مستقیم است. سازمان بهداشت جهانی نیز از بین ۶ راهکار کلیدی، مؤثرترین سیاست در پیشگیری و کاهش مصرف دخانیات را افزایش مالیات محصولات دخانی اعلام کرده است. از سوی دیگر گذشته از آسیب‌های سلامتی مصرف دخانیات در تمام ابعاد آن، زیان‌های مالی ناشی از مصرف سیگار برای نظام سلامت‌ها از جمله نظام سلامت ایران غیرقابل انکار است و متأسفانه در حال گسترش است. لذا لازم است تمهیدی برای کنترل آن اتخاذ گردد. در ایران با وجود اینکه قوانین حمایتی کافی برای دریافت و افزایش مالیات بر دخانیات فراهم است،



ولی بررسی مستندات موجود نشان می‌دهد که در طی یک دهه گذشته بیشتر مواد قانون مبارزه با دخانیات **قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات** از جمله أخذ مالیات و رشد سالیانه آن مغفول واقع شده است.

یکی از دلایل مخالفین با افزایش مالیات بر دخانیات افزایش میزان قاچاق کالا است که با اجرای بسته کامل ارائه شده در قانون جامع مصوب سال ۱۳۸۵ از جمله تقویت سیستم نظارت و کنترل سیگار (سیستم کد رهگیری و ساماندهی عرضه و...) که از مهمترین راهکارهای کنترل قاچاق می‌باشند کاملاً قابلیت کنترل دارد. مگر فرضیه اینکه عوامل قاچاق در واقع برخی از تولیدکنندگان داخلی هستند درست باشد که در این صورت هم قابلیت مقابله دارد.

اما نکته مهمی که از نظر کارشناسی لازم است به آن توجه شود، پاسخ به این پرسش است که به دلیل بالا بودن میزان دسترسی و ارزان بودن مواد مخدر سنتی و صنعتی بی کیفیت و آسیب‌رسان به سلامتی، آیا با افزایش مالیات بر مواد دخانی و به دنبال آن افزایش قیمت کالا این احتمال وجود دارد که بخشی از مصرف‌کنندگان مواد دخانی به سمت مصرف مواد گرایش پیدا کنند یا خیر و اگر بله، با چه احتمالی و در چه گروه‌هایی؟

قطعاً این فقط در حد فرضیه است و مثل هر فرضیه دیگر نیازمند انجام مطالعه برای رد یا پذیرش آن هستیم. اما برای سیاستگذاری صحیح‌تر می‌توانیم از شواهد موجود یا سناریوهای محتمل استفاده کنیم. با بررسی‌های انجام شده به مطالعاتی رسیدیم که سیگار را دروازه ورود به مواد مخدر می‌دانند و آن را از عوامل خطر در تمایل و گرایش نوجوانان به مصرف مواد مخدر معرفی می‌کنند. در مطالعه‌ای مصرف سیگار در نوجوانی با سوءمصرف مواد مخدر و اعتیاد در سال‌های بعدی مرتبط شناخته شده است. براساس نتایج یک مطالعه، سابقه سیگاری بودن فرد در گذشته یا حال شانس گرایش به مواد مخدر را بیش از ۱۲ برابر افزایش می‌دهد. مطالعه دیگری نشان می‌دهد تعداد نوجوانانی که مصرف دخانیات داشته‌اند، به صورت معناداری با مصرف ماری‌جوانا ارتباط مثبت داشته است و در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی عوامل مرتبط با سوءمصرف مواد در نوجوانان در چارچوب نظریه برنامه‌ریزی شده» عنوان شده است که مصرف دخانیات و برخی متغیرهای زمینه‌ای می‌توانند بر قصد سوءاستفاده مصرف مواد مخدر در میان نوجوانان اثرگذار باشد.

بنابراین با توجه به اینکه جمعیت دانش‌آموزی در مقطع دبیرستان ۱ و ۲ با حدود ۶ میلیون جمعیت و جمعیت دانشجویی با حدود ۴ میلیون جمعیت در واقع جمعیت هدف این محصولات و مواد مخدر به شمار می‌روند و با توجه به میزان و الگوی مصرف مواد دخانی در کشور، گروه‌های در معرض خطر بالا پسران و مردان بالای ۱۳ سال هستند و اگر شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی (مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر تمایل و گرایش به مواد اعم از دخانی و مخدر) را در نظر بگیریم احتمال شیفت به سمت مواد مخدر به دنبال افزایش

قیمت سیگار یا سایر مواد دخانی در دهک‌های بالای جامعه یعنی حدود ۱۰ میلیون نفر از جامعه ضعیف است و بیشترین آسیب متوجه سه دهک پایین (به‌ویژه ۱۰-۱۵ میلیون نفر حاشیه‌نشین) و بخشی از اقشار متوسط جامعه است که امکان انتقال به دهک‌های بالا برایشان فراهم نمی‌شود.

با این سناریو می‌توان به نتایج سیاستی زیر رسید:

۱. با توجه به اینکه دخانیات برای سلامت به شدت آسیب‌زا و برای دولت از دو منظر هزینه‌های درمانی و کاهش بهره‌وری نیروهای در سنین کار بسیار هزینه‌بر است، ضرورت دارد از گسترش بیشتر شیوع مصرف آن پیشگیری کرد و برای کاهش مصرف یا ترک گروه‌های مواجهه یافته به نحو اثربخش و با رویکرد چند عاملی اقدام کرد.
۲. منطقی نیست به دلیل فرضیه اثبات نشده اقدامی برای کنترل ضررهای یاد شده صورت نگیرد، ولی با در نظر گرفتن آن ضمن اقدام برای انجام مطالعات کاربردی در این زمینه، لازم است در تهیه بسته‌های پیشگیرانه هوشمندتر رفتار کرد. برای مثال با شناسایی گروه‌های آسیب‌پذیر و شناسایی عوامل انگیزشی و تأمین آنها از بروز آسیب‌های احتمالی ممانعت کرد.
۳. برای اقدام جهت پیشگیری نیازمند همکاری‌های بین بخشی بسیار مؤثر و همچنین صرف هزینه مالی است. بنابراین لازم است منابع حاصل از مالیات بر دخانیات ضمن اخذ به‌طور کامل، نشان‌دار شده و در طول سال برای اجرای بسته‌های طراحی شده پیشگیرانه و کاهش و ترک مصرف شوند.
۴. نظارت بر اجرای سیاست اتخاذ شده برای دستیابی به اهداف سیاستگذار ضرورتی انکارناپذیر است.

پیشنهاد

ماده (۸۸) مصوب کمیسیون تلفیق جایگزین نسخه مصوب صحن علنی شود.

همچنین به دلیل اینکه حدود ۷۰ درصد تنباکوی معسل (تنباکوی میوه‌ای) [کپک‌زده فرآوری شده با مواد آروماتیک و معطر] عوامل بسیار خطرناک برای سلامتی از جمله بروز سرطان ریه، مثانه و دستگاه گوارش است پیشنهاد می‌شود که عبارت «تنباکوی معسل» با عبارت «انواع تنباکو» جایگزین شود تا با قید آن در قانون به نوعی به رسمیت شناخته نشود.



جدول ۱. خلاصه مطالعات انجام شده در رابطه با تأثیر مالیات بر دخانیات و میزان مصرف آن

عنوان	نتایج
ارتباط قیمت با مصرف سیگار در اروپا	گالوس و همکاران در مطالعه خود قیمت سیگار و ارتباط آن با مصرف سیگار را در اروپا بررسی کردند، این مطالعه که به صورت مقطعی در ۵۲ کشور اروپایی انجام گردید، داده‌های مصرف سیگار سالیانه بزرگسالان و قیمت خرده‌فروشی سیگارهای محلی و وارداتی برند را به کار برد. نتایج بیانگر آن بود که با افزایش قیمت سیگار (هر دوی محلی و برند) میزان مصرف کاهش می‌یابد. رابطه معکوس بین قیمت سیگار و مصرف در کشورهایی که در اتحادیه اروپا نبودند در مقایسه کشورهای عضو اتحادیه اروپا قوی‌تر بود. به‌طور متوسط کاهش ۵ تا ۷ درصدی مصرف سیگار در ازای ۱۰ درصد افزایش واقعی قیمت سیگار، با قدرت، رابطه معکوس بین قیمت و مصرف سیگار را نشان می‌داد.
تأثیر مالیات سیگار بر مصرف سیگار و اقتصاد چین	هو و همکاران نیز که تأثیر مالیات بر سیگار بر مصرف سیگار و اقتصاد چین را بررسی می‌کردند ملاحظه کردند که افزایش قیمت سیگار به کاهش مصرف آن منجر می‌گردد. همچنین با افزایش ۱۰ درصدی افزایش مالیات بر هر پاکت سیگار (از ۴۰ درصد رایج به ۵۰ درصد) درآمدهای مالیاتی دولت دو برابر بیشتر از مقدار درآمد از دست داده در صنعت، درآمد کشت‌کنندگان تنباکو و درآمد حاصل از مالیات محلی افزایش خواهد داشت. به علاوه با افزایش این مالیات‌ها بین ۱/۴۴ و ۲/۱۶ میلیون زندگی نجات داده خواهد شد. از این رو مالیات‌های اضافی بر سیگار می‌تواند یک سیاست عمومی مطلوب برای دولت باشد که می‌تواند لحاظ کند.
بررسی تأثیر افزایش مالیات سیگار بر مصرف سیگار در تایوان	لی و همکاران نیز در بررسی تأثیر افزایش مالیات سیگار بر مصرف سیگار در تایوان با استفاده از داده‌های فروش سالیانه سیگار منتشره از اداره انحصاری مشروبات و دخانیات تایوان (TTWMB) و سالنامه آماری شراب و دخانیات تایوان، ملاحظه کردند که با افزایش مالیات بر سیگار و در نتیجه افزایش قیمت سیگار، مصرف سیگارهای وارداتی تا ۷/۵۱ پاکت سرانه و سیگار داخلی تا ۱۵/۲۱ پاکت سیگار سرانه کاهش یافت. کل مصرف سرانه سیگار تا ۲۲/۷۲ پاکت (۱۸ درصد) کاهش یافت. در نتیجه از منظر بهداشت عمومی و تأمین مالی، دولت تایوان با افزایش مالیات غیرمستقیم بر دخانیات تأثیر عمده‌ای در کاهش مصرف سیگار داشته و درآمدهای مالیاتی نیز افزایش یافت.
مطالعه تأثیر قیمت سیگار بر الگوی خرید سیگار در آمریکا	هیلمند نیز در مطالعه تأثیر قیمت بالاتر سیگار بر الگوی خرید سیگار با استفاده از داده‌های نظرسنجی ۳۶۰۲ مصرف‌کننده سیگار در آمریکا مشاهده کرد که اکثر مصرف‌کنندگان سیگار نسبت به قیمت حساس بوده و با افزایش قیمت سیگار به دنبال خرید سیگارهای ارزان‌تر می‌روند.
کاهش مصرف سیگار در کالیفرنیا: مالیات دخانیات در برابر کمپین‌های رسانه‌ای	مطالعه دیگر توسط هو، در ایالت کالیفرنیا و به منظور بررسی تأثیر مالیات و کمپین‌های رسانه‌ای بر مصرف سیگار انجام گردید. داده‌های مورد استفاده داده‌های فصلی فروش سیگار که توسط هیئت برابرسازی ایالت کالیفرنیا بین سال‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۲ گزارش شده بود و به صورت سری زمان تغییرات فصلی و روند زمانی را نشان می‌داد بودند، نتایج تخمینی نشان دادند که فروش سیگار از فصل سوم سال ۱۹۹۰ تا فصل چهارم سال ۱۹۹۲ به خاطر ۲۵ سنت مالیات اضافی حدود ۸۱۹ میلیون پاکت کاهش یافت در حالی که کمپین‌های رسانه‌ای فروش ۲۳۲ میلیون پاکت را در همان دوره زمانی کاهش دادند. از این رو تأثیر افزایش مالیات بر مصرف سیگار از کمپین‌های رسانه‌ای بیشتر برآورد شد.

عنوان	نتایج
بررسی رابطه بین مصرف دخانیات، الکل و ماری جوانا در آمریکا	جان دونالد که به بررسی رابطه بین مصرف دخانیات، الکل و ماری جوانا بین نوجوانان بر روی ۵۹۳۵ دانش‌آموز مقطع هشتم ۴۲ مدرسه در یازده ایالت آمریکا پرداخت و مشاهده کرد که بین مصرف دخانیات و ماری جوانا همبستگی مثبت وجود دارد.
رابطه مرگ ناشی از دخانیات و مالیات بر دخانیات در ایالات متحده آمریکا	مور در بررسی رابطه مرگ ناشی از دخانیات و مالیات بر دخانیات در ایالات متحده آمریکا ملاحظه کرد که ۱۰ درصد افزایش در مالیات بر سیگار می‌تواند تعداد مرگ ناشی از سرطان‌های دستگاه تنفسی را تا ۱/۵ درصد کاهش دهد.
بررسی عوامل مؤثر در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر در دبیرستان تهران	مولوی به بررسی عوامل مؤثر در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر در بین نوجوانان پسر ۱۵ تا ۱۹ ساله یک دبیرستان در شهر تهران پرداخت، نتایج این بررسی نشان داد که متغیرهایی نظیر افسردگی، طلاق والدین، معاشرت با افراد ناباب، سیگار کشیدن و در نهایت شکست تحصیلی بیشترین تأثیر را در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر دارند.

پیوست ۲

نرخ مالیات سیگار در ایران چند درصد است؟

یکی از اختلاف‌نظرها میان وزارت صنعت، معدن و تجارت و وزارت بهداشت این است که نرخ مالیات سیگار در ایران چند درصد است. این میزان از دیدگاه وزارت بهداشت ۱۱ درصد و از منظر وزارت صنعت، معدن و تجارت ۸۹ درصد است. در جداول زیر نرخ مالیات سیگار برای سیگار وارداتی و سیگار تولید داخل محاسبه شده است.



جدول ۲. مالیات و عوارض اخذ شده از سیگار وارداتی - مبنا سال ۱۳۹۴

درصد مالیات یک سیگار وارداتی به عنوان نمونه کنت قرمز سوئیس به قیمت فاب هر کارتن ۱۵۰ دلاری	سیگار وارداتی			
	مستندات	مبنای محاسبه	درصد	نوع وصولی
۴۶۶ ریال	کتاب مقررات صادرات و واردات	CIF	۴	حقوق گمرکی
۲۱۰۰ ریال	کتاب مقررات صادرات و واردات	FOB	۲۰	سود بازرگانی
۴۰۰ ریال	ردیف درآمدی ۱۶۰۱۴۴ قانون بودجه ۱۳۹۴	-	-	۲۰ ریال به ازای هر نخ
۴۶۶۰ ریال	ردیف درآمدی ۱۶۰۱۱۷ قانون بودجه ۱۳۹۴	CIF	۴۰	مالیات در قانون بودجه سال ۱۳۹۴
۱۳ ریال	ماده (۱۶۳) قانون امور گمرکی	حقوق ورودی	۵	عوارض هلال احمر
۱۷۰۷ ریال	ماده (۱۶) قانون مالیات بر ارزش افزوده	حقوق ورودی + CIF	۱۲	مالیات بر ارزش افزوده
۴۲۷ ریال	ماده (۳۸) قانون مالیات بر ارزش افزوده	حقوق ورودی + CIF	۳	مالیات بر ارزش افزوده (سهم سلامت)
۳۲۰ ریال	قانون انحصار دخانیات	-	۰/۰۸ یورو قرصه ۰/۰۰۸ یورو پاکت	هولوگرام
۱۰۵۰ ریال	قانون انحصار دخانیات	FOB	۱۰	حق انحصار
۱۱۱۴۳ ریال	مجموع مالیات و عوارض اخذ شده			
۱۰۶/۱۲	درصد مالیات نسبت به قیمت فاب خلیج فارس (قیمت هر پاکت ۱۰۵۰۰ ریال)			
۴۱/۳	درصد مالیات نسبت به قیمت عمده فروشی (قیمت هر پاکت ۲۷۰۰۰ ریال)			
۳۴/۸	درصد مالیات نسبت به قیمت خرده فروشی (قیمت هر پاکت ۳۲۰۰۰ ریال)			

مأخذ: گمرک جمهوری اسلامی ایران، وزارت صنعت، معدن و تجارت.

* نرخ دلار طبق اعلام گمرک جمهوری اسلامی ایران ۳۵۰۰۰ ریال و نرخ یورو ۴۰۰۰۰ ریال در نظر گرفته شده است.

* حق بیمه و حمل و نقل به اضافه سایر هزینه‌هایی که به کالا تا ورود به اولین دفتر پرداخت می‌شود ۱۱ درصد در نظر گرفته شده است.

جدول ۳. مالیات و عوارض اخذ شده از سیگار تولید داخل - سال ۱۳۹۳

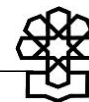
درصد مالیات یک سیگار داخلی به عنوان نمونه بهمن بلند قرمز	سیگار تولید داخل			
	مستندات	مبنای محاسبه	درصد	نوع وصولی
۱۳۲۰ ریال	ماده (۱۶) قانون مالیات بر ارزش افزوده	-	۱۲	مالیات بر ارزش افزوده
۳۳۰ ریال	ماده (۳۸) قانون مالیات بر ارزش افزوده	-	۳	مالیات بر ارزش افزوده (سهم سلامت)
۲۲۰۰ ریال	ردیف درآمدی ۱۶۰۱۱۷ قانون بودجه ۱۳۹۴	-	۲۰	مالیات در قانون بودجه سال ۱۳۹۴ (تولید مشترک ۳۰ درصد)
۲۴۰ ریال	قانون انحصار دخانیات	-	۰/۰۶ یورو قراضه ۰/۰۰۶ یورو پاکت	هولوگرام
۱۰۰ ریال	قانون انحصار دخانیات	بهای درب کارخانه	۲	حق انحصار
۴۱۹۰ ریال	مجموع مالیات و عوارض اخذ شده			
۳۸/۱	درصد مالیات نسبت به قیمت عمده‌فروشی (قیمت هر پاکت ۱۱۰۰۰ ریال)			
۲۳/۲	درصد مالیات نسبت به قیمت خرده‌فروشی (قیمت هر پاکت ۱۸۰۰۰ ریال)			

مأخذ: همان...

* نرخ یورو ۴۰۰۰۰ ریال در نظر گرفته شده است.

همان‌طور که مشاهده می‌کنیم نرخ مالیات سیگار نسبت به قیمت خرده‌فروشی برای سیگار وارداتی ۳۴/۸ درصد و برای سیگار تولید داخل ۲۳/۲ درصد است و از آنجا که طبق اعلام وزارت صنعت معدن، معدن و تجارت سالیانه ۳۷ میلیارد نخ سیگار تولید داخل و ۱۲ میلیارد نخ سیگار وارداتی در کشور مصرف می‌شود. با توجه به سهم ۷۵ درصدی سیگار تولید داخلی^۱ می‌توان نرخ مالیات سیگار به قیمت خرده‌فروشی در کشور را حدوداً ۲۶/۱ درصد عنوان کرد. لذا به نظر می‌رسد تغییر نرخ مالیات بر سیگار در کشور ضروری است.

۱. در اینجا سهم سیگار قاچاق وارداتی که مالیات نمی‌دهند در نظر گرفته نشده است.



۱. گرجی، ابوالقاسم و دیگران. ارتباط قیمت سیگار با میزان مصرف آن طی سال‌های ۱۳۶۳-۱۳۸۵. مدیریت سلامت. ۱۲(۳۸)، ۱۳۸۸.
۲. مولوی، پرویز و بهزاد، رسولزاده. بررسی عوامل مؤثر در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر، فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۶(۲۱)، ۱۳۸۸.
۳. مجتبی حبیبی و دیگران. پیش‌بینی مصرف مواد در نوجوانان براساس شاخص‌های خطر ساز و محافظت‌کننده پیشگیری فردی، خانوادگی، همسالان و محل سکونت، روانشناسی بالینی، ۴(۱)، ۱۳۹۱.
۴. طاوسی، محمود و همکاران. بررسی عوامل مرتبط با سوء مصرف مواد در نوجوانان در چارچوب نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۲(۴۴)، ۱۳۹۱.
۵. حمید آسایش و دیگران. ارتباط ویژگی‌های فردی و خانوادگی با گرایش افراد به سوء مصرف مواد مخدر، مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۱۲ (۴)، ۱۳۹۴.
۶. رهبری، مریم و ملکی محمدرضا. ضرورت توجه به بیماری‌های غیرواگیر در سیاستگذاری بخش سلامت، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، شماره مسلسل ۱۲۴۲۲، ۱۳۹۱.
۷. سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری، ۱۳۹۳.
۸. قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) مصوب اسفند ۱۳۹۳.
۹. قانون جامع کنترل و مبارزه با دخانیات مصوب سال ۱۳۸۵.
۱۰. پیش‌نویس لایحه و متن مصوب برنامه ششم توسعه فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی کشور.
۱۱. قانون بودجه کل کشور، سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۹۵.
12. Mojahed A, Bakhshani N. Prevalence of smoking and drug abuse in students of Zahedan high schools. 2004.
13. Rose JD. The Relationship between Tobacco, Alcohol, and Marijuana Use among Teenagers. 2006.
14. Willson K. Terrorism and Tobacco: extremists, insurgents turn to cigarette smuggling. Center for Public Integrity, Washington, DC, Available: <http://www.publicintegrity.org/2009/06/29/6338/terrorism-and-tobacco> [March 2014] Google Scholar. 2009.
15. Heydari G, Tafti SF, Telischi F, Joossens L, Hosseini M, Masjedi M, et al. Prevalence of smuggled and foreign cigarette use in Tehran, 2009. Tobacco control. 2010;19(5):380-2.
16. Joossens L, Merriman D, Ross H, Raw M. The impact of eliminating the global illicit cigarette trade on health and revenue. Addiction. 2010;105(9):1640-9.
17. Cancer IAfRo. Effectiveness of Price and Tax Policies for Control of Tobacco. IARC Handbooks of cancer prevention: Tobacco Control Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2011.
18. Organization WH. WHO report on the Global Tobacco Epidemic, 2015 Country profile Nepal. Geneva. 2015.
19. institution nh. I.R. IRAN MULTIPLE INDICATOR DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY. 2015.
20. Kelishadi R, Heshmat R, Motlagh ME, Majdzadeh R, Keramatian K, Qorbani M, et al. Methodology and early findings of the third survey of CASPIAN Study: a national school-based surveillance of students' high risk behaviors.

- International journal of preventive medicine. 2012;3(6.)
21. organization wh. Country profiles ,WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC,. 2013
 22. Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development. New York: United Nations; 2015.
 23. Gallus, Silvano, et al. "Price and cigarette consumption in Europe." Tobacco control 15.2 (2006): 114-119.
 24. Hu, T. W., and Zhengzhong Mao. "Effects of cigarette tax on cigarette consumption and the Chinese economy." Tobacco control 11.2 (2002): 105-108.
 25. Lee, J. M., et al. "Effect of cigarette tax increase on cigarette consumption in Taiwan." Tobacco control 14.suppl 1 (2005): i71-i75.
 26. Hyland, Andrew, et al. "Higher cigarette prices influence cigarette purchase patterns." Tobacco Control 14.2 (2005): 86-92.
 27. Rose, John Donald. "The Relationship between Tobacco, Alcohol, and Marijuana Use among Teenagers." (2006).



مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۵۲۷۶

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: ارزیابی کارشناسی ماده (۸۸) لایحه برنامه ششم توسعه، مصوب صحن مجلس شورای اسلامی با رویکرد سلامت و آسیب‌های اجتماعی

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)

تهیه و تدوین: مریم رهبری

همکاران داخل مرکز: سارا آقابابا، محمد بختیاری

اظهار نظر کنندگان: مهدی نوروزیان، کارشناسان و مسئولین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و

وزارت صنعت، معدن و تجارت

ناظران علمی: علی اخوان بهبهانی، ایراوان مسعودی اصل

متقاضی: معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی

ویراستار تخصصی: _____

ویراستار ادبی: _____

واژه‌های کلیدی: _____



تاریخ انتشار: ۱۳۹۵/۱۰/۲۲